

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
PATRICK VALLIÈRE

CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE À L'UQTR
PORTRAIT CLINIQUE DE L'ÉTUDIANT ET ANALYSE DE LA
DEMANDE D'AIDE

DÉCEMBRE 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

Les jeunes adultes vivent une transition de vie qui implique des enjeux développementaux qui recèlent une importance particulière pour les années à venir (Erickson, 1963, 1972; Havighurst, 1953; Jung, 1933). Ceux qui choisissent de devenir étudiants universitaires sont confrontés à des tâches et à des défis spécifiques reliés à ce milieu où les nouvelles exigences d'adaptation psychologique, académique et sociale risquent de solliciter chez certains un niveau élevé de détresse psychologique (Cutrona, 1990; Harlow et Cantor, 1995; Picard, 1997; Pledge et al., 1998). Dans les écrits scientifiques, on remarque que les troubles mentaux les plus fréquemment rencontrés chez cette population concernent la dépression, l'anxiété et des problèmes interpersonnels (Heppner et al., 1994; Pledge et al., 1998). De plus, les recherches démontrent que la majorité des individus ne recherchent pas d'aide professionnelle lorsqu'ils vivent des troubles de santé mentale (Rickwood et Braithwaite, 1994; Tijhuis, Peters et Foets, 1990; Wills et DePaulo, 1991). Du fait que les jeunes adultes représentent la relève de la société québécoise, il est important d'apporter de l'aide à ces personnes au cours de cette transition. Cette étude se centre sur la situation particulière des étudiants universitaires et poursuit deux objectifs: 1) dresser le portrait clinique des étudiants consultant le Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et 2) explorer les facteurs qui influencent cette recherche d'aide psychologique professionnelle. Pour ce faire, une question de recherche et quatre hypothèses relatives à des variables socio-démographiques, propres à la personne (cognitives) et environnementales sont vérifiées auprès de 25 étudiants (19 femmes et 6 hommes) qui consultent le Service de psychologie de l'UQTR et qui sont comparés à un groupe contrôle composé de 25 étudiants non consultants (19 femmes et 6 hommes) du Département de psychologie de la même université. Tous les participants sont rencontrés individuellement lors d'entrevues semi-structurées entre les mois de septembre 1998 et mars 1999. Les données sont recueillies à partir de huit outils: 1) *Questionnaire*

d'informations générales, 2) *Questionnaire de Détresse Psychologique (IDPESQ-14)*, 3) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R-SCID I*, 4) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders-SCID II*, 5) *Échelle d'attributions causales*, 6) *Échelle des Sphères de Contrôle*, 7) *Échelle de l'Estime de Soi* et 8) *Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)*. Un contrôle est exercé sur le sexe, l'âge ainsi que le niveau de détresse psychologique par appariement des sujets et ce, afin d'augmenter la validité interne de la recherche et d'assurer que la recherche d'aide des sujets du groupe expérimental ne soit pas attribuable à ces variables dont l'influence est déjà bien connue. Les résultats de l'étude démontrent des niveaux significativement élevés de détresse psychologique chez les sujets de l'échantillon ainsi qu'une grande variété de troubles, notamment, des symptômes dépressifs, des troubles anxieux ainsi que des troubles de personnalité. De plus, les résultats indiquent que pour un même niveau de détresse et une situation similaire, les étudiants qui sont le plus susceptibles de rechercher de l'aide professionnelle sont les femmes, ceux qui perçoivent les causes de leurs problèmes comme stables et ceux qui possèdent peu de ressources sociales adéquates et variées et ce, particulièrement en ce qui a trait à l'assistance physique, au soutien émotif et aux encouragements. L'importance de la compréhension de la situation spécifique des étudiants universitaires et les implications des résultats pour l'amélioration de l'efficacité des services dispensés aux consultants dans les services de psychologie des universités sont soulignées. Enfin, les forces et les limites de la recherche sont discutées.

Table des matières

Sommaire.....	ii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	5
Vers un profil de l'étudiant consultant pour de l'aide psychologique.....	6
Le jeune adulte: une période de transition.....	6
Le jeune universitaire: deux tâches développementales.....	8
Problèmes psychologiques des étudiants universitaires.....	10
Recherche d'aide psychologique.....	14
Conceptualisation de la recherche d'aide psychologique.....	15
Définition générale.....	16
Description du processus.....	16
Variables pouvant influencer ce processus.....	20
Étude de trois types de facteurs pouvant influencer la recherche d'aide psychologique.....	23
Facteur socio-démographique.....	23
Histoire des consultations antérieures avec des professionnels en santé mentale.....	23
Facteurs cognitifs propres à la personne.....	24
Les attributions causales et la perception de contrôle.....	24
L'estime de soi.....	37
Facteur environnemental.....	47
Le soutien social.....	47
Question et hypothèses de la recherche.....	57
Méthode.....	60
Plan de la recherche.....	61
Participants.....	61

Instruments de mesure.....	65
Questionnaire d'informations générales.....	65
Questionnaire de dépistage de la détresse psychologique (IDPESQ-14).....	65
Mesures descriptives liées au profil du consultant.....	66
Le Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID I).....	66
Le Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II).....	69
Mesures expérimentales relatives à la recherche d'aide.....	71
L'Échelle d'attributions causales.....	71
L'Échelle des sphères de contrôle.....	73
L'Échelle d'estime de soi.....	74
L'Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS).....	74
Déroulement de la recherche.....	76
Formation et supervision des évaluateurs pour le SCID I et II.....	76
Collecte des données.....	77
Considérations éthiques.....	79
Résultats.....	80
Analyses préliminaires.....	81
Question de recherche: Portrait clinique des étudiants consultants.....	81
Analyses principales.....	84
Vérification de la première hypothèse.....	84
Vérification de la deuxième hypothèse.....	86
Vérification de la troisième hypothèse.....	88
Vérification de la quatrième hypothèse.....	88
Analyses secondaires.....	91
Discussion.....	95
Portrait clinique des étudiants consultants.....	96
La recherche d'aide psychologique.....	103
Retombées pratiques et applications.....	112
Forces et limites de la recherche.....	116
Conclusion.....	121
Références.....	124
Appendices.....	136
Appendice A: Questionnaires.....	137

Appendice B: Formules de consentement à l'appel et à la recherche.....	150
Appendice C: Consentement pour l'utilisation des locaux de C.U.S.P.....	155
Appendice D: Feuille de ressources.....	157

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Description des moyennes, des écarts-types et des fréquences (pourcentage) des caractéristiques de l'échantillon (n=50).....	64
Tableau 2 :	Troubles de l'Axe I des étudiants consultants de l'Université du Québec à Trois-Rivières (n=25).....	82
Tableau 3 :	Troubles de l'Axe II des étudiants consultants de l'Université du Québec à Trois-Rivières (n=25).....	84
Tableau 4 :	Histoire des consultations antérieures des étudiants de l'Université du Québec à Trois-Rivières (n=50).....	85
Tableau 5 :	Différences de moyennes entre les consultants et les non-consultants sur les variables de l'attribution causale et de la perception de contrôle (n=50).....	87
Tableau 6 :	Différences de moyennes entre les consultants et les non-consultants sur les variables du soutien social (n=50).....	90
Tableau 7 :	Différences de moyennes entre consultants et non-consultants sur les six types de soutien social (n=50).....	93

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais remercier Monsieur Réal Labelle Ph.D, professeur au Département de psychologie, d'avoir dirigé mes travaux de recherche et d'avoir fourni une aide précieuse ainsi qu'un enseignement de qualité qui m'est d'une grande valeur dans l'immédiat, et qui le sera également pour les années à venir.

Mes sincères remerciements vont aussi à Monsieur Jacques Baillargeon Ph.D, professeur au Département de psychologie, pour ses conseils dans l'utilisation des analyses statistiques et à Madame Joanne Lachance, psychologue responsable du Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour son assistance professionnelle tout au long de la réalisation de l'étude. À Madame Suzanne Léveillé Ph.D, professeure au Département de psychologie, qui par l'entremise de sa supervision a non seulement participé grandement à la réalisation du projet, mais a également contribué de façon significative à ma formation clinique. De plus, j'aimerais remercier Monsieur Jean-Sébastien Champagne, étudiant à la maîtrise en psychologie, qui a fourni un travail assidu durant l'expérimentation. Je tiens aussi à remercier toutes les personnes qui ont participé, de près ou de loin, à la mise en oeuvre de cette étude.

Enfin, je désire souligner que cette recherche a été rendue possible grâce au financement du Fonds institutionnel de recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Introduction

Les auteurs classiques de la psychologie du développement enseignent que la phase du jeune adulte, qui s'étend de 18 à 30 ans, comporte des enjeux qui revêtent une importance significative pour l'avenir de l'individu. Au cours de cette transition vers le monde adulte, des choix importants sont à faire quant à l'intégration au monde du travail, aux relations intimes ainsi que dans l'établissement de relations interpersonnelles satisfaisantes et durables (Erickson, 1963, 1972; Havighurst, 1953; Jung, 1933). Pour plusieurs, les enjeux de ce stade de vie peuvent être des plus stressants, car les choix que l'individu opère lors de leur réalisation sont importants et parfois difficiles, risquant d'occasionner des répercussions significatives sur les années à venir (Levinson et Darrow, 1979).

Par ailleurs, pour certains individus qui choisissent de poursuivre leurs études, l'entrée dans le monde universitaire présente de nouveaux défis, où ils doivent s'adapter à de nouveaux aspects liés aux domaines intellectuels, moraux et interpersonnels (Johnson, Ellison et Heikkinen, 1989). Pledge et al. (1998) affirment que ces jeunes adultes sont simultanément confrontés à de multiples défis et transitions, car, non seulement se retrouvent-ils dans un nouvel environnement mais souvent ils s'éloignent aussi de réseaux de soutien établis (p.ex., amis, conjoint, famille). De plus, l'étudiant universitaire se retrouve dans un milieu où le rendement et la performance sont la règle et où la réussite ou l'échec scolaire influencera les choix de carrière qui s'ouvriront à lui. Ainsi, le milieu universitaire serait l'un des plus stressants qui soit, car, non seulement est-il difficile d'y être admis mais une fois accepté l'étudiant doit fournir des efforts très importants pour y

demeurer et y être performant (Picard, 1997). L'adaptation au milieu universitaire peut donc être une étape stressante de la vie qui risque de solliciter des niveaux significatifs de détresse psychologique chez les étudiants pouvant donner des indices de troubles de santé mentale (Cutrona, 1990; Harlow et Cantor, 1995; Picard, 1997; Pledge et al., 1998).

Cependant, les auteurs soutiennent que d'une façon générale, la majorité des gens ne recherchent pas d'aide auprès de professionnels lorsqu'ils souffrent de détresse psychologique ou de troubles de santé mentale, mais se dirigent plutôt vers les membres de leur réseau social (Goodman, Sewell et Jampol, 1984; Gross et McMullen, 1983; Horwitz, 1987; Rickwood et Braithwaite, 1994; Tijhuis, Peters et Foets, 1990; Wills et DePaulo, 1991). Les recherches démontrent qu'une grande quantité de variables influence le processus de recherche d'aide professionnelle pour des troubles d'ordre psychologique, qu'on peut généralement regrouper en trois catégories de facteurs, soit: 1) les données socio-démographiques, 2) les facteurs propres à la personne et 3) les facteurs environnementaux (Tijhuis, Peters et Foets, 1990).

Au Québec, aucune donnée existe à propos de la population universitaire relativement à la recherche d'aide psychologique professionnelle. En fait, nous n'avons trouvé aucune recherche portant sur ce thème spécifique, bien qu'il existe des études qui relatent le vécu des étudiants universitaires et qui dressent un portrait des troubles affectant les étudiants consultant un service de santé de l'université (Bouchard et Morval, 1988; Boucher, 1984; Picard, 1997). Or, aucune étude ne fut menée quant aux variables pouvant être impliquées dans la décision de rechercher de l'aide professionnelle. Compte tenu de la situation spécifique et potentiellement stressante des universitaires, il semble pertinent

d'étudier ce phénomène chez ces jeunes adultes en pleine transition. De plus, c'est une question qui présente une importance significative pour la psychologie, car, on peut s'efforcer tant qu'on veut à améliorer les services psychologiques dispensés mais si, à la base, les gens qui souffrent n'utilisent pas les services, on se doit de déplacer au moins une partie des efforts de compréhension vers ce phénomène afin de rejoindre ceux qui en ont le plus besoin.

L'objectif de la présente étude est double: 1) *dresser un portrait clinique des étudiants consultants en vue d'approfondir nos connaissances quant aux principales problématiques rapportées*; et 2) *analyser la demande d'aide de façon à cerner les facteurs les plus susceptibles d'influencer ce processus*.

Une première section de ce mémoire rapporte des données concernant la situation particulière des étudiants universitaires ainsi que les principaux troubles psychologiques qu'on retrouve chez cette population. Par la suite, les études portant sur le phénomène de recherche d'aide professionnelle sont présentées; on y explique le processus en question ainsi que les variables qui sont susceptibles de l'influencer. Suit une section décrivant la méthodologie employée pour cette recherche. Enfin, les résultats des analyses statistiques sont rapportées et discutées.

Contexte Théorique

Vers un Profil de l'Étudiant Consultant pour de l'Aide Psychologique

Le Jeune Adulte: une Période de Transition

En psychologie, les théories classiques du développement nous enseignent que la phase du jeune adulte, qui couvre approximativement la période de 18 à 30 ans, comporte plusieurs tâches dont la réalisation représente un enjeu important pour l'émancipation de l'individu. Jung (1933) soutient que bien que le jeune adulte soit encore aux prises avec des investissements relevant d'un plus jeune âge, il se doit maintenant de faire face aux demandes de la vie et de la communauté. En d'autres mots, il doit arriver à se tailler une place dans la société au moyen de l'essor d'une attitude personnelle et de l'intégration au travail. Il doit s'engager dans la vie.

Cette perspective est également partagée par Havighurst (1953) qui remarque que cette phase du développement humain comporte plusieurs tâches à accomplir, notamment celles de trouver un partenaire de vie, de s'engager dans le travail, d'assumer ses responsabilités civiles et de trouver un groupe d'appartenance. Les choix que l'individu opère lors de la réalisation de ces tâches sont donc difficiles et risquent d'occasionner des répercussions significatives sur les années à venir (Levinson et Darrow, 1979). Havighurst (1953) avance également que cette période de la vie est difficile et amène souvent de la tension et du stress. Il explique ceci par deux points. D'abord, il remarque que le jeune adulte se retrouve souvent seul pour accomplir les tâches de vie qui lui sont

demandées. En fait, il affirme que cette période est celle qui est la plus individualiste, parce que la personne doit procéder avec un minimum d'attention sociale et d'assistance pour accomplir des tâches très importantes. Ensuite, il soutient que le jeune adulte passe par une période relativement désorganisée de son existence pendant laquelle une transition se déroule. Il quitte un milieu social où il recevait des privilèges, entreprenait de nouvelles responsabilités et atteignait des objectifs selon l'évolution de son âge, pour se diriger vers une société adulte où les compétences, la performance et les liens sociaux dictent la réussite.

Par ailleurs, Erikson (1963, 1972) souligne aussi l'importance de cette phase de la vie et ce, surtout en ce qui a trait à la capacité de s'unir aux autres. Il soutient qu'à cette période apparaît une tension qui est générée par un enjeu propre à ce stade, soit l'intimité versus l'isolement. Il relate qu'à cet âge, l'individu doit acquérir la capacité d'intimité qui est non seulement l'intimité amoureuse avec un partenaire mais aussi une intimité psychosociale avec une ou plusieurs autres personnes, qu'il s'agisse d'amitié ou d'aspirations partagées en commun. L'intimité est conçue comme la capacité d'éprouver les besoins et les préoccupations d'une ou de plusieurs autres personnes comme aussi importants que les siens, et comme la capacité de se relier aux espoirs et aux craintes les plus profondes d'une autre personne tout en acceptant le fait que le besoin d'intimité est réciproque. En revanche, l'individu qui n'arrive pas à se lier aux autres devient isolé. En effet, l'évitement d'expériences d'intimité par crainte de perdre le contrôle de soi peut conduire à un sentiment d'isolement et par suite, à un repli sur soi. L'individu peut alors choisir de développer des relations interpersonnelles complètement stéréotypées qui le mènent généralement vers un retrait et, ultimement, à une *distanciation* où il développe la

propension à renier, à isoler et, si nécessaire, à détruire les autres. Par conséquent, l'individu qui s'avère incapable de résoudre l'enjeu de ce stade développemental se voit privé d'une compétence importante, soit la capacité de se relier aux autres et de se forger des relations intimes et sociales.

Le Jeune Universitaire: Deux Tâches Développementales

L'entrée dans le monde universitaire présente de nouveaux défis, propres aux enjeux de cet âge, où le jeune adulte doit s'adapter à de nouveaux aspects essentiellement liés aux domaines intellectuels, moraux et interpersonnels (Johnson, Ellison et Heikkinen, 1989). Harlow et Cantor (1995) soutiennent que deux des tâches de vie les plus importantes associées aux étudiants universitaires, et pour lesquelles une quantité considérable d'énergie est investie, sont de bien réussir académiquement ainsi que de développer et maintenir un réseau social satisfaisant. Ils expliquent que la poursuite de ces tâches est rarement facile et se caractérise par des périodes de progression et de revers, desquelles les individus ont besoin de se remettre s'ils veulent atteindre leurs objectifs. L'étudiant universitaire se retrouve dans un milieu où le rendement et la performance sont la règle (où la réussite ou l'échec scolaire influencera les choix de carrière qui s'ouvriront à lui) et où les relations avec ses collègues et ses amitiés sont importantes. Par ailleurs, outre ces deux tâches majeures, d'autres stressors sont associés à la situation de l'étudiant universitaire. À titre d'exemple, la lourde charge de travail de pair avec la pression de la performance et de la réussite sont des facteurs susceptibles d'augmenter le stress chez les étudiants. S'ajoutent à ceux-ci les difficultés financières, l'insécurité associée au fait de ne plus être au domicile familial et l'éloignement des proches et des amis, sans oublier

l'arrivée dans un nouveau milieu. Pledge et al. (1998) affirment que ces jeunes adultes sont simultanément confrontés à de multiples défis et transitions, car, non seulement se retrouvent-ils dans un nouvel environnement mais souvent ils s'éloignent aussi de réseaux de soutien établis (p.ex., amis, conjoint, famille).

Au Québec, Picard (1997) dans son étude portant sur les étudiants consultant pour de l'aide psychologique à la clinique médicale de l'Université Laval avance que le milieu universitaire serait l'un des plus stressants qui soit. Non seulement est-il difficile d'y être admis mais une fois accepté, l'étudiant doit fournir des efforts très importants pour y demeurer et y être performant. De surcroît, elle souligne que les études universitaires coûtent cher, soit entre 9 000\$ et 12 000\$ par année, ce qui a pour conséquence qu'environ la moitié des étudiants à temps plein doivent travailler au moins 15 à 20 heures par semaine, ce qui ajoute un autre stress considérable. Toujours à l'Université Laval, Grondin, Guérin, Dubois et al. (1993) montrent auprès d'étudiants du premier cycle que 40% des répondants se disent débordés, surchargés et sentent qu'ils pourraient perdre le contrôle de leur vie.

Or, Cutrona (1990) ainsi que Thoits (1986) soutiennent qu'un des facteurs importants dans la poursuite des tâches lors de moments difficiles est les contacts sociaux, en ce sens qu'avoir la possibilité de passer du temps avec d'autres peut aider les étudiants à se remettre sur pieds lorsqu'ils rencontrent des difficultés. En effet, Jackson et Cochran (1990), dans leur étude auprès d'étudiants universitaires américains, ont constaté une corrélation positive entre des symptômes psychiatriques (particulièrement les troubles interpersonnels et la dépression) et la solitude. On voit donc déjà combien les enjeux développementaux décrits plus haut de l'intégration au travail, qui se traduit par un besoin

de réussite académique chez les étudiants universitaires, et de la capacité de s'unir aux autres prennent de l'importance pour l'adaptation du jeune adulte à son milieu.

Problèmes Psychologiques des Étudiants Universitaires

En 1976, Mechanic et Greenley mènent une étude sur la prévalence de la détresse psychologique¹ chez 1 502 étudiants universitaires américains. Ils constatent d'abord en faisant un relevé de littérature qu'une variété d'études décrivent des résultats où un nombre considérable d'étudiants universitaires présente un niveau significatif de détresse psychologique. Les résultats de leur étude démontrent également des niveaux significatifs de détresse psychologique qu'ils définissent selon neuf indices, notamment des symptômes de dépression et d'anxiété. Ils relatent que les hauts niveaux de détresse psychologique souvent rencontrés chez cette population reflètent généralement le contrecoup des demandes

¹La notion de *détresse psychologique* renvoie à un *indice* du niveau de trouble mental, ou comme l'affirment Prévile, Boyer, Potvin et Légaré (1992), elle permet d'estimer le niveau de «démoralisation» d'un individu en termes de dépression, d'anxiété, d'irritabilité et de problèmes cognitifs. Le concept de *santé mentale* renvoie lui à: «la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale. »(p.7) (Santé et Bien-Être Social Canada, Epp, 1988). En ce qui a trait au *trouble mental*, plusieurs termes différents sont tenus pour synonymes sans être explicités (p.ex., psychopathologie, troubles psychologiques, souffrance mentale, détresse psychologique). Cet état de choses n'est pas surprenant. Selon l'*American Psychiatric Association* (1996), il n'existe pas de définition opérationnelle cohérente du trouble mental qui s'appliquerait à toutes les situations. Toutefois, cette association avance des éléments permettant de séparer la normalité de la pathologie. Ainsi, on entend par trouble de santé mentale: «un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p.ex., syndrome de souffrance) ou à un handicap (p.ex., altération d'un ou plusieurs domaines du fonctionnement) ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté. De plus, ce syndrome ne doit pas être simplement la réponse attendue et culturellement admise à un événement particulier, par exemple le décès d'un être cher. Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental, psychologique ou biologique de l'individu»(p.85).

du milieu, des pressions interpersonnelles et des incertitudes caractéristiques de ce stade du cycle de vie.

Sher, Wood et Gotham (1996) arrivent à des conclusions analogues en constatant, dans leur étude longitudinale auprès de 457 étudiants universitaires américains, que l'adaptation au stade développemental du jeune adulte ainsi qu'au milieu académique entraîne chez plusieurs individus un niveau de détresse significatif (voir aussi Heppner et al., 1994). De plus, les résultats de Sher, Wood et Gotham (1996) démontrent qu'il existe un déclin graduel de la détresse psychologique de la première à la quatrième année d'études, déclin qui témoigne selon eux d'une amélioration de l'adaptation au fil des années.

Heppner et al. (1994) rapportent que les employés de centres de consultation universitaires aux États-Unis trouvent que les problèmes des étudiants consultants sont devenus qualitativement plus sévères depuis les années 1980 et 1990 comparativement aux décennies passées. Pledge et al. (1998) trouvent également que les psychologues sur les campus américains, ainsi que les cliniciens indépendants qui pratiquent dans les communautés où il y a une université, expriment des inquiétudes à l'effet que les problèmes des étudiants universitaires ont empiré au cours des dernières années et que les besoins en aide psychologique se font grandissants. Ces derniers auteurs mènent une étude longitudinale de 1989 à 1995 auprès de 2 326 étudiants universitaires américains et ce, sur les problèmes psychologiques présentés dans un centre de consultation universitaire. Selon les résultats de cette étude, les problèmes qui revenaient avec le plus de stabilité au cours des six années sont les problèmes interpersonnels (p.ex., des sentiments de jalousie, de

culpabilité, de méfiance et des inquiétudes à propos du soutien social et des relations amoureuses), des symptômes somatiques (p.ex., des plaintes et des inquiétudes concernant la maladie, des changements de poids et des perturbations du sommeil), des symptômes dépressifs (p.ex., changements dans l'humeur, perte d'intérêt dans les activités, certains symptômes psychotiques, des sentiments de désespoir et des idéations, des intentions et des gestes suicidaires) et des problèmes d'anxiété (p.ex., évitement de certains endroits ou situations et abus de substances et ses conséquences).

Pour leur part, Johnson, Ellison et Heikkinen (1989) soulignent aussi la présence d'une détresse psychologique importante ainsi qu'une grande variété de symptômes et de troubles psychologiques dans leur étude portant sur une population de 1 589 étudiants universitaires américains. Ils constatent des problèmes de somatisation, d'obsessivité-compulsivité, d'ordre interpersonnel, de dépression, d'anxiété, d'hostilité, d'anxiété phobique et pour certains des idéations paranoïdes. Enfin, Goodman, Sewell et Jampol (1984) remarquent que les problèmes typiquement retrouvés chez les étudiants qui consultent les services de psychologie dans les universités concernent des symptômes dépressifs, des difficultés interpersonnelles et de l'anxiété.

Au Québec, Picard (1997) dénombre dans son étude sur les consultations d'étudiants à la clinique médicale de l'Université Laval que 20% des 10 000 consultations annuelles concernent des problèmes de santé mentale (soit environ 2 000 consultations annuelles). De ces quelques 2 000 demandes de consultation pour l'année 1996-1997, 25% présentent des troubles de l'adaptation, 20% des troubles de personnalité, 17% des troubles anxieux, 15% des troubles dépressifs et 10% des troubles paniques. Les données

du Service de psychologie pour étudiants à l'Université du Québec à Trois-Rivières pour l'année 1996-1997 indiquent les problématiques suivantes. Des 176 demandes d'aide, 62 sont pour de l'orientation scolaire alors que 114 sont pour de l'aide psychologique où 31% consultent pour des troubles relationnels, 26% pour un cheminement personnel où plusieurs sphères de fonctionnement sont problématiques, 16% pour des symptômes dépressifs, 15% pour de l'anxiété et 12% pour d'autres troubles divers (Communication personnelle, Lachance, 1998). Boucher (1984) relate que, des 5 000 étudiants qui consultent le Service d'orientation et d'aide psychologique de l'Université de Montréal, 20% de la clientèle consulte pour des problèmes d'ordre psychologique. Dans une autre recherche menée par Bouchard et Morval (1988) auprès d'un échantillon représentatif de 706 étudiants de l'Université de Montréal, les auteurs rapportent qu'un étudiant sur dix aurait sérieusement pensé à se suicider durant la dernière année. De plus, ils soulignent que les événements négatifs les plus fréquemment rapportés concernent l'insatisfaction par rapport aux études, les problèmes financiers, le surmenage, la solitude et les difficultés amoureuses. À l'Université du Québec à Trois-Rivières, Labelle (1996) relate qu'un étudiant sur treize d'un échantillon d'universitaires affirme avoir eu des idéations suicidaires sérieuses au cours de la dernière année.

En somme, la période de transition propre à ce stade du développement humain, conjuguée aux nouveaux défis du monde universitaire risquent de solliciter une détresse psychologique et même des troubles de santé mentale chez certains étudiants. Cet état de choses présente un intérêt particulier pour la psychologie, en ce sens que cette clientèle représente la relève de la société moderne actuelle et à venir. Ainsi, à l'instar de O'Neil, Lancee et Freeman (1984), nous croyons que les étudiants sont à une phase

développementale critique, et que leurs problèmes psychologiques méritent une attention particulière afin de faciliter leur transition de l'adolescence à la vie adulte et ce, en vue que cette étape se solde en une réussite.

Recherche d'aide Psychologique

Dans la littérature scientifique, on constate que cerner les difficultés vécues par les étudiants universitaires ne représente qu'une partie du problème. L'autre question d'importance que nous pouvons poser est si les étudiants recherchent de l'aide psychologique professionnelle lorsqu'ils souffrent de détresse psychologique ou de troubles mentaux.

Selon les études, la réponse à cette question est complexe. Saunders (1996) rapporte que parmi les 20% à 30% de la population générale qui souffrent de troubles mentaux pendant une année, la plupart ne reçoivent aucune aide alors que parmi ceux qui en reçoivent, la majorité ne la reçoivent pas de professionnels de la santé mentale. En effet, bon nombre d'auteurs soutiennent que la majorité des gens ne recherchent pas d'aide auprès de professionnels lorsqu'ils souffrent de détresse psychologique ou de troubles mentaux (Goodman, Sewell et Jampol, 1984; Gross et McMullen, 1983; Horwitz, 1987; Rickwood et Braithwaite, 1994; Tijhuis, Peters et Foets, 1990; Wills et DePaulo, 1991).

La connaissance par la communauté scientifique du dilemme posé par la décision de rechercher de l'aide n'est pas nouvelle. Mechanic et Greenley (1976) mènent une des premières études sérieuses sur le phénomène de recherche d'aide chez des étudiants

universitaires où ils trouvent que parmi les étudiants qui vivent des niveaux élevés de détresse psychologique, seulement une minorité recherche de l'aide et une proportion significative ne recherche aucune forme d'aide formelle que ce soit. Toujours chez les étudiants universitaires, O'Neil, Lancee et Freeman (1984) remarquent que malgré le fait que le niveau de dépression vécu par certains étudiants soit suffisamment sérieux pour requérir de l'aide professionnelle, seulement une minorité en recherche réellement. Comme l'affirme Nadler (1990), le fait de rechercher de l'aide est, d'une part, susceptible de contribuer à fournir une solution aux problèmes de l'individu alors que, d'autre part, la recherche d'aide est souvent associée à des coûts psychologiques comme l'aveu de l'échec d'adaptation et d'une certaine inaptitude par la personne. En recherchant de l'aide, l'individu se retrouve en position de dépendance et d'infériorité relatives vis-à-vis l'aidant, facteurs qui peuvent agir comme antagonistes à la démarche. Par conséquent, cet auteur explique dans un écrit antérieur (Nadler, 1983) qu'indépendamment de la nature spécifique du problème, les individus peuvent souvent choisir de payer le prix et endurer leurs difficultés plutôt que d'utiliser une source d'aide disponible.

Conceptualisation de la Recherche d'Aide Psychologique

Qu'est-ce que la recherche d'aide? Plusieurs auteurs ont tenté d'objectiver ce concept en répondant à cette question, que ce soit en fournissant une définition, en décrivant le processus qu'il implique ou en explorant les variables psychosociales qui risquent de l'influencer. Nous allons donc présenter ici les notions théoriques concernant ce phénomène qui nous permettront de préciser les variables plus spécifiques que nous mettrons à l'étude chez les étudiants universitaires qui recherchent de l'aide au Service de

psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Définition générale

Wills et DePaulo (1991) fournissent une définition générale de la recherche d'aide: «Le comportement de recherche d'aide est un *processus* présentant d'abord une certaine complexité impliquant des interactions entre 1) les caractéristiques de la personne qui recherche de l'aide (p.ex., le sexe, l'âge, la perception de soi et du problème, etc.), 2) le type d'aide recherché (p.ex., formel, informel), 3) le contexte (p.ex., milieu universitaire, hospitalier, milieu de travail, etc.) et 4) les caractéristiques de l'aidant potentiel (p.ex., son sexe, son âge, ses attentes, etc.) » (p. 350, traduction libre). Or, à partir de cette définition on comprend que la décision d'aller vers une ressource d'aide est un processus qui implique davantage qu'une simple décision personnelle de faire ou non la démarche. En fait, c'est un processus où plusieurs facteurs sont en interaction, phénomène qui influence de manière importante le comportement adopté par la personne en besoin.

Description du processus

Lorsqu'on examine les écrits scientifiques sur la recherche d'aide, on remarque que certains auteurs s'appliquent à décrire les différentes étapes de cette démarche sous forme de processus qui, selon les études menées à cet effet, serait complexe (Saunders, 1996). L'élaboration de modèles cherchant à décrire ce processus fournit une vue d'ensemble de la recherche d'aide dans les domaines des services de santé, de l'éducation, de l'industrie et du travail. Dans ce mémoire nous retenons les modèles de recherche d'aide dans le

domaine de la santé mentale. Il s'agit du modèle médical, du modèle pyramidal et du modèle décisionnel.

Les modèles du processus de recherche d'aide en milieu psychiatrique sont multiples, mais celui décrit par Goldberg et Huxley (1980) semble revêtir une importance particulière. Dans leur étude portant sur les facteurs déterminants de la recherche d'aide en milieu hospitalier pour des problèmes d'ordre psychiatrique, Williams, Wilkinson et Arreghini (1990) ainsi que Verhaak (1995) résument ce modèle qui consiste en cinq niveaux où pour passer d'un niveau à un autre, la personne doit franchir une série de quatre étapes ou «filtres» virtuels². Toutefois, en examinant ce modèle plus attentivement on remarque facilement dans quelle mesure il est associé à la structure institutionnelle des services médicaux et à quel point il concerne la pratique en milieu hospitalier psychiatrique. Pour cette raison, il ne serait pas pertinent de s'attarder trop longtemps sur un tel modèle, compte tenu de son incompatibilité avec le processus qui risque de se dérouler chez des étudiants en milieu universitaire.

² Le premier niveau de ce modèle réfère aux troubles psychologiques dans la communauté et dont une proportion de gens présentant de tels troubles consultent un médecin généraliste; c'est-à-dire qu'ils passent le premier filtre pour se rendre au niveau 2. Le filtre 1 représente alors la décision et l'action de consulter. Une fois la consultation entreprise, le filtre 2 renvoie au processus de l'identification et de la reconnaissance du trouble psychologique par le médecin généraliste. Le niveau trois concerne le trouble qui est ainsi identifié et reconnu par le médecin généraliste, et souvent traité par lui. Une certaine proportion de ces patients est référée à des spécialistes de services psychiatriques, ce qui revient à dire que ces personnes ont franchi le troisième filtre et sont rendues au niveau 4. À cette étape, de tous ces individus référés une proportion de patients sont hospitalisés à l'unité psychiatrique pour ainsi franchir le filtre 4 et atteindre le niveau 5.

Il existe des modèles théoriques décrivant la démarche de recherche d'aide et ce, de façon indépendante de toute structure institutionnelle ou médicale *per se*. Ces modèles paraissent plus appropriés à cette étude menée auprès d'étudiants universitaires. En réalité, et comme nous le verrons, ces derniers modèles cernent la démarche de recherche d'aide en tenant compte de l'interaction «personne-environnement» et en se centrant sur des variables socio-démographiques, de personnalité et de l'environnement social.

Un premier modèle de ce type relevé dans les écrits scientifiques sur le sujet est celui exposé par Wills et DePaulo (1991) dans leur analyse interpersonnelle du processus de recherche d'aide. Ces auteurs montrent l'existence d'une séquence dans les efforts de recherche d'aide et décrivent un processus qu'ils appellent *pyramidal*. Selon ce modèle, la première étape de la démarche serait basée sur des conversations avec des sources informelles de soutien (p.ex., conjoints, amis, famille, etc.), alors que la deuxième étape serait généralement associée à la recherche d'aide formelle auprès du médecin généraliste; cette dernière tentative de recherche d'aide pouvant mener à la troisième étape, c'est-à-dire une référence ou la recherche d'aide auprès d'un professionnel en santé mentale. L'indication que ce processus est pyramidal relève du fait qu'une majorité des gens qui recherchent de l'aide débutent par consulter leur réseau de soutien social, ce qui est en accord avec les conclusions d'un grand nombre de recherches portant sur le rôle et l'importance du soutien social dans la recherche d'aide, alors qu'une proportion plus petite se dirige vers des médecins et que finalement, un assez faible contingent de personnes accède aux professionnels en santé mentale (p.ex., psychologues et psychiatres). O'Neil, Lancee et Freeman (1984) font une description analogue de la démarche de recherche d'aide en affirmant que la majorité des gens semble consulter leurs parents et amis en premier,

mais précisent que c'est réellement l'insatisfaction et la perception que l'aide reçue est inadéquate qui fait en sorte que les gens vont passer aux prochaines étapes, c'est-à-dire aller consulter un médecin, un conseiller, ou un professionnel en santé mentale.

Un deuxième modèle est celui de Gross et McMullen (1983, voir aussi Dulac, 1997). Ces auteurs décrivent un modèle en trois étapes qui concerne davantage la démarche *cognitive* faite par l'individu plutôt que la démarche interpersonnelle comme le modèle mentionné plus haut, c'est-à-dire; 1) la *perception* d'un problème, 2) la *décision d'agir* de manière à résoudre le problème et 3) l'action de rechercher de l'aide. Chacune de ces trois étapes correspond à un niveau de questionnement par la personne. Ainsi, l'étape de la perception correspondrait à la question: «Est-ce que j'ai un problème qui pourrait être résolu par de l'aide?». À cette étape, pour que des individus décident de rechercher de l'aide ils doivent au préalable réaliser et reconnaître qu'ils souffrent de symptômes, pour ensuite les définir comme étant problématiques pour eux. Aussi, à cette étape les gens doivent évaluer si la recherche d'aide est appropriée pour leurs difficultés. Vient donc ensuite l'étape de la décision, à laquelle correspond la question: «Dois-je demander de l'aide?». Ici, la personne évalue généralement si elle peut régler le problème par elle-même ou non à partir d'un déploiement de temps et d'efforts suffisants, ainsi que les coûts et bénéfices psychologiques et sociaux associés à la démarche de recherche d'aide. Ainsi, si elle ne peut régler ses difficultés seule, la recherche d'aide se révèle alors *nécessaire*, tandis que si c'est possible pour elle de gérer la situation par elle-même, l'aide devient *commode* et plutôt facultative. Enfin, vient l'étape de la recherche d'aide proprement dite, qui correspond à la question: «Qui est en mesure de m'offrir l'aide dont j'ai besoin?». Ici s'opère un choix quant aux sources qui seront sollicitées. Or, c'est à cette étape que sont

rendus les étudiants qui feront l'objet de la présente étude et qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

De plus, les auteurs soulignent que ce modèle en trois étapes démontre que le choix de demander de l'aide ou non n'est pas une simple dichotomie et qu'en réalité, le niveau de complexité est augmenté par les différentes étapes du processus qui peuvent interagir. Cette interaction découlerait de ce que l'accession à chacune des étapes subséquentes dans la séquence est au moins en partie dépendante de la manière dont les étapes précédentes sont résolues, ou encore qu'en prenant une décision de rechercher de l'aide, il est possible que l'ordre des différentes étapes soit renversé. Ainsi, le processus de décision n'est pas nécessairement linéaire et séquentiel (voir aussi Nadler, 1990).

Variables Pouvant Influencer ce Processus

Les auteurs américains semblent s'entendre pour dire qu'un grand nombre de facteurs sont susceptibles d'influencer le processus de recherche d'aide psychologique professionnelle (Horwitz, 1987; Mechanic et Greenley, 1976; Rickwood et Braithwaite, 1994; Tijhuis, Peters et Foets, 1990; Wills, 1987; Wills et DePaulo, 1991). Ainsi, lorsqu'on examine la littérature scientifique qui traite de la recherche d'aide, on constate que les études visent généralement à connaître les troubles qui perturbent les personnes ainsi qu'à comprendre les facteurs qui risquent d'influencer ce processus. Certaines études se concentrent sur une ou deux variables précises et en approfondissent leur compréhension, alors que d'autres mettent à l'épreuve une plus grande série de variables afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la problématique. Il s'ensuit qu'un grand nombre de facteurs

furent étudiés par les auteurs afin, d'une part, de vérifier s'ils ont effectivement une influence sur l'une ou l'autre des étapes du processus mais aussi, d'autre part, pour comprendre la nature de leur action sur la démarche de recherche d'aide.

Parmi les écrits scientifiques, notons certaines variables qui *favorisent* la recherche d'aide: 1) le contact antérieur avec des gens ayant déjà recherché de l'aide formelle ou avec des professionnels de la santé mentale (Goodman, Sewell et Jampol, 1984; Figueroa, Calhoun et Ford, 1985; Tijhuis, Peters et Foets, 1990), 2) l'ouverture de soi (Rickwood et Braithwaite, 1994; Tijhuis, Peters et Foets, 1990), et 3) le fait d'être de sexe féminin (Johnson, 1988; Heppner et al., 1994; Horwitz, 1987; Wills et DePaulo, 1991). D'autres facteurs présentent une *influence variable* dans le choix de demander de l'aide. Parmi ces variables on retrouve: 4) l'intimité maritale (Chamberlaine et al., 1989), 5) le type et la sévérité du trouble (Kessler, Olfson et Berglund, 1998; Rickwood et Braithwaite, 1994), 6) la quantité et la qualité des événements de vie (Goodman, Sewell et Jampol, 1984; Wills et DePaulo, 1991; Philipps et Murrell, 1994), 7) les attitudes et croyances à l'égard de la recherche d'aide et des aidants (O'Neil et al., 1984; Johnson, 1988; Wills et DePaulo, 1991), 8) les rôles sociaux associés aux sexes (McMullen et Gross, 1983; Good, Dell et Mintz, 1989; Blazina et Watkins, 1996), 9) l'âge (Wills et DePaulo, 1991; Horwitz, 1987), 10) l'estime de soi (Nadler et Mayseless, 1983) et 11) le niveau socio-économique (Wills et DePaulo, 1991; Tijhuis, Peters et Foets, 1990). Toutefois, vu l'impossibilité apparente et pratique de mettre à l'épreuve chacune de ces variables dans le cadre d'une recherche de deuxième cycle, un choix est opéré.

Pour ce faire, nous nous référons à l'étude de Tijhuis, Peters et Foets (1990) où ils rapportent un modèle qui cherche à mieux comprendre les variables qui contribuent à la recherche d'aide psychologique, c'est-à-dire qui influencent *l'action* de rechercher de l'aide professionnelle. Ils basent leur modèle sur trois catégories de facteurs psychosociaux qui sont: 1) les facteurs socio-démographiques, 2) les facteurs de personnalité et 3) les facteurs environnementaux associés au réseau social. La formulation de ce dernier modèle semble particulièrement intéressante puisqu'elle démontre qu'une série de variables, regroupées en catégories de facteurs, peuvent influencer l'action et, à fortiori, l'ensemble du processus de recherche d'aide.

Le choix des variables est opéré en fonction de ce modèle, mais aussi en fonction de la pertinence que présente chacune d'entre elles pour le contexte spécifique de la recherche. En effet, nous examinerons l'influence d'une variable socio-démographique qui concerne l'histoire de contacts antérieurs avec des professionnels en santé mentale, de trois variables cognitives reliées à la personne; c'est-à-dire les attributions causales faites par l'individu dans sa conceptualisation de son problème amené en consultation, la perception de contrôle que la personne croit posséder sur ce qui lui arrive et finalement la perception de soi. Cette étude explorera également l'impact du réseau de soutien social, variable qui est parmi les plus importantes. De plus, un contrôle sera opéré sur trois variables, soit, le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique ce qui permettra d'améliorer la validité interne de la recherche et d'isoler le jeu des variables à l'étude. Dans les prochaines sections, nous examinerons donc en quoi chacune de ces variables est reliée à la démarche de recherche d'aide psychologique professionnelle.

Étude de Trois Types de Facteurs Pouvant Influencer la Recherche d'Aide Psychologique

Facteur Socio-Démographique

Un bon nombre d'auteurs souligne l'importance de considérer les variables socio-démographiques dans le phénomène de la recherche d'aide professionnelle (Horwitz, 1987; Johnson, 1988; Leaf et al., 1987; Tijhuis, Peters et Foets, 1990; Wills et DePaulo, 1991). Dans la présente étude, nous allons opérer un contrôle sur le sexe et l'âge, dont l'effet est déjà bien connu (Dulac, 1997; Johnson, 1988; Horwitz, 1987; Wills et DePaulo, 1991). Par ce contrôle nous cherchons à voir des différences spécifiques entre les sujets de l'étude sur une autre variable socio-démographique que nous présentons à l'instant.

Histoire des Consultations Antérieures avec des Professionnels en Santé Mentale

Nous allons chercher à savoir si le fait d'avoir eu des consultations antérieures auprès de professionnels de la santé mentale a une influence sur la recherche d'aide professionnelle pour des troubles d'ordre psychologique. Cette information est placée sous la rubrique des données socio-démographiques, car, l'historique des consultations antérieures reflète la situation clinique de la personne. C'est en quelque sorte une variable socio-démographique *clinique*. En effet, Figueroa, Calhoun et Ford (1985) remarquent dans leur étude sur les facteurs influençant l'utilisation des services d'aide psychologique que les étudiants qui recherchent de l'aide rapportent avoir davantage consulté ces ressources antérieurement. Les résultats de Tijhuis et al. (1990) démontrent également que

les gens de leur échantillon qui ne recherchent pas d'aide professionnelle pour des troubles psychologiques ont généralement moins souvent eu des contacts antérieurs avec des professionnels en santé mentale. Il en va de même pour les résultats de Robbins et Greenley (1983) dans leur étude portant sur la recherche d'aide professionnelle auprès de 1 502 étudiants universitaires américains, où les sujets ayant des expériences passées de consultation sont presque six fois plus susceptibles de consulter que les sujets sans une telle expérience. Les résultats de Goodman, Sewell et Jampol (1984) abondent dans le même sens en indiquant que ceux qui recherchent de l'aide rapportent plus souvent une histoire familiale de recherche d'aide pour des problèmes mentaux. Ces derniers auteurs expliquent que bien que ce genre de résultats peut indiquer une plus grande fréquence de psychopathologie chez ces familles, il peut également être garant d'une attitude plus positive ou plus ouverte de ces personnes concernant la recherche d'aide.

Facteurs Cognitifs Propres à la Personne

Les Attributions Causales et la Perception de Contrôle

Cette section revêt une importance particulière en ce qui a trait à la recherche d'aide, car comme le soulignent Robbins et Greenley (1983), les gens agissent typiquement non pas en fonction des événements de leur vie comme tels mais plutôt à partir de leur représentation cognitive de ces événements, donc de leur perception et de leur conceptualisation de ce qui leur arrive. Il semble pertinent d'examiner en quoi cette conceptualisation risque d'influer la recherche d'aide psychologique professionnelle. Ainsi, procédons en examinant tout d'abord les généralités concernant le sujet, pour nous

diriger ensuite vers les concepts plus spécifiques qui seront utilisés dans ce travail. Ce n'est qu'à la suite de l'établissement de ce cadre théorique que nous pourrions tenter de mettre ces facteurs en lien avec la recherche d'aide psychologique. Cette même démarche sera suivie tout au long des prochaines sections.

Vallerand (1994), dans un chapitre portant sur les attributions issu d'un livre sur les fondements de la psychologie sociale, donne un portrait d'ensemble des théories existantes à ce sujet tout en résumant l'essentiel de leurs notions. Un tel portrait est important à esquisser afin de situer les variables à l'étude. Il explique tout d'abord ce qu'on entend, d'une façon générale, par attribution. Il affirme que lorsqu'il nous arrive de chercher la cause de divers événements de notre vie, l'explication ou la raison obtenue représente une attribution. De plus, il semble que nous ne désirons pas seulement trouver les causes des événements qui nous arrivent, mais également découvrir les causes du comportement des autres. Il cite d'ailleurs à cet effet la définition donnée par Harvey et Weary (1981) qui stipule qu'une attribution est une inférence ayant pour but d'expliquer pourquoi un événement a eu lieu ou encore qui essaie de déterminer les dispositions d'une personne. Une attribution serait alors une *cause perçue* pouvant avoir un effet déterminant sur les comportements à venir d'un individu.

Par ailleurs, Vallerand (1994) rapporte qu'il existerait trois types d'attributions: 1) les attributions causales, 2) les attributions dispositionnelles et 3) les attributions de responsabilité. Les attributions causales portent spécifiquement sur la recherche poussée par la personne des mobiles d'un événement ou de ses conséquences (p.ex., quelles sont les causes d'un succès ou d'un échec dans une situation de performance?). Les attributions

dispositionnelles apparaissent lorsqu'on cherche à déterminer dans quelle mesure l'action que vient d'accomplir un individu nous permet d'inférer des caractéristiques de sa personne. À partir de celles-ci, on tente alors d'expliquer le comportement adopté. Les attributions de responsabilité peuvent revêtir au moins trois significations; c'est-à-dire 1) les aspects de responsabilité relative à un effet produit, 2) la responsabilité légale (p.ex., responsabilité face à un délit) et 3) la responsabilité morale (p.ex., jugements de valeurs concernant la responsabilité d'une personne). Par ailleurs, Vallerand (1994) fait la distinction entre *les théories de l'attribution* qui font partie du courant théorique postulant la nature des processus qui mènent à la formation d'attributions, et *les théories attributionnelles* qui elles ont pour but de prédire et d'expliquer la nature des conséquences psychologiques émanant de l'émission de différentes attributions. Ainsi, les théories de l'attribution portent sur les antécédents des attributions, alors que les théories attributionnelles se concentrent sur les conséquences des attributions.

Après avoir cerné le cadre théorique des attributions, spécifions le courant théorique que nous avons adopté pour la présente étude. Compte tenu du problème qui nous occupe, c'est-à-dire l'influence des attributions sur la recherche d'aide psychologique, nous devons nous ranger derrière les théories qui cherchent à comprendre les conséquences des attributions, et non pas celles qui s'arrêtent sur les processus qui mènent à la formation d'attributions. Ce que nous voulons examiner plus spécifiquement dans cette étude, c'est de quelle façon les causes attribuées par les étudiants à leurs problème(s) influencent-elles leur action à rechercher de l'aide psychologique professionnelle pour ce(s) problème(s)? Afin de répondre à cette question, nous avons donc choisi la théorie des attributions causales de Weiner car elle paraît des plus propices.

Weiner (1985) dans son article portant sur sa théorie des attributions pose la question suivante: “pourquoi cette quête du pourquoi?”. En effet, il en ressort de la théorie de Weiner qu’une attribution causale représente la tendance que peuvent avoir les individus à se demander “pourquoi” telle ou telle conséquence ou événement s’est produit, et où une ou plusieurs causes lui sont attribuées. Plus spécifiquement, cet auteur cherche à expliquer le questionnement attributionnel d’une part par le *principe of mastery* (principe de maîtrise) qui stipule qu’en opérant de telles activités (attributions), l’individu ne veut que pénétrer plus à fond dans sa compréhension de lui-même et de son environnement. D’autre part, Weiner avance l’argument qu’il est également *fonctionnel* pour l’être humain de savoir pourquoi un événement s’est produit car une fois les causes sont assignées, il peut être plus facile de gérer certaines situations ou même d’avoir des balises pour rendre plus adaptés des comportements ultérieurs. Par exemple, si un individu réussit bien à un examen, il sera important pour lui de comprendre pourquoi il a réussi et ce, s’il veut reproduire les conditions qui ont mené au succès. Il en va de même pour l’individu qui échoue, où Weiner relate qu’il y a de fortes probabilités qu’une fois des causes assignées à l’échec, des efforts seront généralement déployés dans une tentative de modifier les causes en vue de produire un effet différent. Or, l’importance du rôle des attributions dans la compréhension et l’adaptation à l’environnement est ici mise en relief.

Weiner (1985) tente d’analyser la structure sous-jacente aux attributions causales à partir d’un relevé de littérature et de données empiriques. En étudiant en profondeur ce domaine, il réalisa assez tôt qu’il existe une grande variété de causes différentes pouvant être énoncées par différents individus pour le même événement ou par le même individu pour des événements, des conséquences ou des situations différentes. C’est pour cette

raison qu'il avance qu'en mettant à jour les propriétés sous-jacentes des causes, ou en d'autres mots leurs dénominateurs communs, il est possible de rendre les causes comparables entre elles. Weiner avance que les attributions causales varient d'une personne ou d'une situation à l'autre, tandis que les dimensions sous-jacentes à partir desquelles les attributions sont comprises restent relativement constantes. L'auteur cerne alors trois dimensions qui permettent une meilleure compréhension de la structure sous-jacente aux attributions causales; 1) le lieu d'attribution (interne-externe), 2) la stabilité de la cause perçue (permanent ou temporaire) et 3) la contrôlabilité de la cause.

Le lieu d'attribution représente la première dimension causale qu'il est possible de relever. Il se réfère à la dualité interne-externe comme attributions de base des causes d'événements, du fait qu'on comprend depuis longtemps en psychologie que les résultats d'une action dépendent de deux types de conditions, c'est-à-dire de facteurs à l'intérieur de la personne et de facteurs émanant de l'environnement (facteurs externes). Par exemple, la réussite ou l'échec dans une tâche ou une épreuve quelconque pourra être attribuée à des causes internes (p.ex., habiletés personnelles) ou à des causes de nature externe (p.ex., tâche trop difficile). Une deuxième dimension relevée par cet auteur réfère plutôt à la stabilité de la cause perçue qui suit le raisonnement selon lequel certaines causes fluctuent alors que d'autres restent relativement constantes dans le temps. Ainsi, on peut attribuer l'échec à un examen à nos faibles capacités intellectuelles (cause stable), mais aussi au fait que nous étions malades ou fatigués à ce moment (cause temporaire).

Une troisième dimension de causalité réfère à la contrôlabilité, c'est-à-dire le sentiment de maîtrise des causes des événements. Ici il est important de faire la distinction

entre la dimension de *contrôlabilité de la cause d'un événement*, du *lieu de contrôle* et de la notion plus générale de *perception de contrôle*. En effet, en examinant la littérature sur le sujet, il est aisé de les confondre car une certaine confusion semble régner en ce qui a trait à ces concepts (Garant et Alain, 1995). Mentionnons que la dimension attributionnelle de contrôlabilité se rapporte, par exemple, au fait d'attribuer l'échec à un examen à un manque d'étude (cause contrôlable) plutôt qu'à de faibles aptitudes en la matière (cause incontrôlable). Pour sa part, le lieu de contrôle fait davantage référence à la perception qu'un individu peut avoir que ce qui lui arrive relève de son contrôle (lieu de contrôle interne) et est une conséquence de son propre comportement plutôt que de facteurs ou d'événements qui lui sont extérieurs (lieu de contrôle externe) (Rotter, 1966). On constate facilement combien ces notions sont similaires, ce qui pourrait en partie expliquer la confusion qu'elles sollicitent, où la notion de lieu de contrôle de Rotter semble intégrer les deux dimensions attributionnelles de Weiner qui concernent le lieu de causalité (interne-externe) et la dimension de contrôlabilité (contrôlable-incontrôlable). Ainsi, pour Rotter un lieu de contrôle interne s'apparente facilement, dans la perspective de Weiner, à une attribution causale interne et contrôlable alors qu'un lieu de contrôle externe semble s'apparenter à une attribution causale externe et incontrôlable selon la théorie de Weiner. Toutefois, la distinction majeure paraît résider dans le fait que la perspective attributionnelle de Weiner se centre sur la contrôlabilité de la *cause*, alors que celle de Rotter se centre davantage sur la contrôlabilité des *événements* ou, en d'autres mots, sur l'effet des causes.

D'autre part, Garant et Alain (1995) expliquent clairement la notion de perception de contrôle, telle que nous l'entendons ici, en se référant à la conceptualisation qui en est faite par Paulhus (1983) et Paulhus et Van Selst (1990). Ils affirment que dans cette perspective, l'individu est perçu en tant qu'acteur d'un débat avec une variété de forces externes, différentes selon les situations auxquelles il se trouve confronté et ce, en vue de l'atteinte de ses objectifs. Ces situations réfèrent aux contextes de réalisation personnelle, de relations interpersonnelles et de situations sociales et politiques. Selon eux, la vision de Paulhus de la perception de contrôle se démarque considérablement des autres conceptions existantes en ce qu'elle s'étend aux aspects situationnels de la vie de l'individu et qu'elle englobe également les aspects d'efficacité personnelle.

Par ailleurs, Weiner va plus loin dans son étude des attributions causales en examinant le lien entre le type d'attributions faites, les émotions, les attentes et le comportement motivé. On parle ici des processus psychologiques découlant des attributions. En effet, cet auteur stipule que selon le type d'attribution qui sera émis concernant une réussite ou un échec, des conséquences s'ensuivront quant aux émotions vécues (p.ex., un succès attribué à la persévérance entraînerait de la fierté alors que ce même succès attribué à la chance pourrait entraîner la surprise). De plus, l'attribution peut également influencer les attentes de succès ultérieurs ainsi que la motivation à modifier les conditions afin d'améliorer ou reproduire le résultat obtenu. Vallerand (1994) illustre bien la séquence proposée par Weiner que suit un individu dans le processus attributionnel suite à un échec scolaire. Référons-nous donc à cet exemple afin d'explicitier les processus psychologiques associés aux attributions.

Ainsi, suite à un événement l'individu évalue habituellement la situation comme étant un succès ou un échec pour lui. Par exemple, si un étudiant reçoit une note de 52% à un examen, il risque de considérer ce résultat comme un échec. C'est alors que s'ensuit une recherche attributionnelle visant à expliquer l'échec. Supposons que l'étudiant attribue l'échec à un manque d'étude. Ceci représente alors une cause interne, instable et contrôlable. Or, la théorie de Weiner stipule en un premier temps que l'attribution interne de l'échec pourra entraîner un sentiment d'incompétence chez l'étudiant qui risque de porter atteinte à l'estime de soi, et donc solliciter des émotions négatives. Mentionnons ici que le lien entre attributions internes et estime de soi fut souligné par plusieurs auteurs dont Wills et DePaulo (1991) ainsi que Stoltz et Galassi (1989). Ces derniers ont examiné la relation entre les types d'attributions et la dépression auprès de 354 étudiants universitaires américains. Leurs résultats démontrent que les étudiants dépressifs ayant une faible estime d'eux-mêmes faisaient significativement plus d'attributions internes pour leurs problèmes et échecs. Ces résultats semblent donc corroborer l'affirmation de Weiner selon laquelle l'internalisation de la cause d'un échec paraît entraîner des conséquences sur l'estime de soi et les émotions vécues.

En revenant à notre exemple, le fait que la cause *perçue* comme responsable de l'échec soit instable permet à l'individu d'espérer qu'avec plus d'efforts il sera possible de réussir la tâche dans une circonstance ultérieure similaire (attentes positives). De plus, la contrôlabilité de la cause permet l'adoption d'un comportement motivé vers la modification des conditions qui ont mené à l'échec, et donc orienté vers un succès futur. Cependant, si l'étudiant avait attribué l'échec à une cause interne, stable et incontrôlable comme par exemple une faible intelligence, les attentes quant à la possibilité d'une réussite ultérieure ne

seraient plus les mêmes, non plus la motivation à procéder à des changements en ce sens. Encore une fois, l'estime de l'étudiant se voit touchée par l'attribution de l'échec à une cause interne et le fait que la cause soit stable annule toute attente possible de succès ultérieur. Le manque de contrôle sur la cause risque de plus d'inhiber toute motivation à adopter des comportements orientés vers le changement. Comme l'explique Weiner, dans une situation comme celle-ci l'individu risque de vivre des émotions négatives (attribution interne de l'échec), de construire des attentes négatives comme quoi dans des situations analogues le même résultat sera reproduit (cause stable), et où l'incontrôlabilité risque de réduire la motivation à agir dans le but de faire des changements en vue d'un succès futur (voir aussi Wills et DePaulo, 1991).

À la lumière de ceci, il est possible d'envisager que les processus psychologiques associés aux attributions causales faites par les individus puissent s'appliquer au contexte de la recherche d'aide pour des problèmes d'ordre psychologique. En effet, la détresse psychologique ou les troubles de santé mentale ne sont-ils pas les manifestations (symptômes) chez l'individu d'un échec d'adaptation aux conditions internes ou externes à sa personne? Pour expliquer de quelle façon, voici un exemple qui s'apparente à l'exemple cité plus haut et qui permet de voir le potentiel explicatif de cette théorie dans le domaine de la recherche d'aide psychologique.

Un individu vit des difficultés dans son adaptation au milieu universitaire, vivant des échecs tant au niveau académique que dans ses relations interpersonnelles. Selon la théorie mentionnée ci-dessus, il devrait s'ensuivre une recherche attributionnelle l'amenant à attribuer son échec d'adaptation à une ou même plusieurs causes. Supposons qu'il

attribue sa situation à la cause «je suis une personne inadéquate». Ainsi, cette attribution interne, qui en fait est une cognition pouvant être associée à ce que certains théoriciens nomment une pensée automatique ou même une croyance centrale (Beck, 1976), peut entraîner en soi plusieurs conséquences. Tout d'abord, elle porte sévèrement atteinte à l'estime de soi et au sentiment de compétence personnelle. De plus, elle risque d'entraîner des émotions négatives pouvant même aller jusqu'à des affects dépressifs. L'attribution des problèmes à la cause «je suis une personne inadéquate» représente également une cause stable et incontrôlable. Or, la perception de la stabilité de cette cause dans le temps, qui fut possiblement renforcée et/ou confirmée par des expériences passées, risque fortement d'entraîner la construction d'attentes négatives quant à la possibilité d'un succès ultérieur que ce soit au niveau académique (bien performer à un examen) ou interpersonnel (établir un lien d'amitié). Ces attentes négatives de pair avec les émotions négatives entraînées par l'attribution interne de l'échec risquent de diminuer la possibilité qu'un effort sera déployé pour atteindre un succès ultérieur. Qui plus est, l'aspect incontrôlable de la cause joue également un rôle. Si la cause est perçue par l'étudiant comme étant incontrôlable, la théorie stipule qu'il est probable que celui-ci ne soit pas motivé à adopter des comportements visant à changer la situation en vue d'arriver à un succès (voir aussi Seligman, 1975, sur la théorie de l'impuissance acquise). C'est ici qu'intervient la recherche d'aide psychologique. Dans une telle situation la personne sera-t-elle portée à recourir à un professionnel pour de l'aide du fait qu'elle perçoit qu'elle n'arrive pas à s'adapter seule et que ses efforts personnels s'avèrent vains? Tournons-nous vers les études mettant en lien les attributions causales et la recherche d'aide.

Simoni, Adelman et Nelson (1991) mènent une étude auprès de 481 étudiants universitaires américains (377 d'une population non-consultante et 104 consultants au

Centre de services psychologiques d'une université) visant à comprendre la relation entre les attributions causales relatives aux problèmes, les attentes à propos de la résolution du problème présenté, la perception de contrôle et l'utilisation de services psychologiques disponibles. Ils avancent l'hypothèse que les sujets qui recherchent de l'aide ont tendance à internaliser la causalité de leurs problèmes et rapporter des niveaux plus bas de perception de contrôle. À l'aide d'analyses du chi-deux et de tests-t comparant les étudiants qui recherchent de l'aide et ceux qui n'en recherchent pas, ils arrivent aux résultats suivants. En accord avec leurs hypothèses, la recherche d'aide psychologique se trouve associée à des attributions causales internes et ce, particulièrement en ce qui a trait aux causes de la persistance du problème. Les auteurs interprètent ces résultats en termes d'attribution interne en ce sens que cette relation suggère la responsabilité personnelle assumée par l'individu par rapport au problème et à sa continuation. De plus, les étudiants faisant partie du groupe de consultants rapportent des niveaux significativement plus bas de perception de contrôle que les étudiants ne recherchant pas d'aide et ce, pour trois des quatre items évalués. Enfin, une relation significative fut établie entre le lieu de causalité et la durée perçue du problème, où les consultants qui internalisent les causes de leurs difficultés rapportent davantage percevoir leurs difficultés ainsi que leurs causes comme étant de longue durée (stables).

Par ailleurs, les résultats de cette étude paraissent en accord avec l'affirmation de Garant et Alain (1995) qu'il existe une relation entre la perception ou le désir de contrôle et la santé psychologique, ainsi que celle de Schorr et Rodin (1982) qui soulignent que le sentiment de contrôle a un impact positif sur l'adaptation, le bien-être psychologique et physique. En corollaire, ces derniers auteurs relatent que du fait qu'il y a plus de

probabilités qu'un individu consulte un professionnel au fur et à mesure que le trouble devient plus sévère et insupportable (voir aussi Dulac, 1997; Wilcox et Birkel, 1983), la sévérité même des symptômes risque en retour de diminuer leur sentiment de contrôle. Wills et DePaulo (1991) soutiennent également que la recherche d'aide est plus probable lors de la diminution de la perception de contrôle par rapport à un problème spécifique (voir aussi Rubio et Lubin, 1986). Ces auteurs expliquent cet état de choses par le fait que percevoir un problème comme étant hors de son contrôle risque de réduire l'élément de menace à l'estime de soi qui empêche souvent la recherche d'aide.

Wills et DePaulo (1991) soulignent cependant des contradictions dans les écrits scientifiques à ce sujet. En fait, ils rapportent que certains auteurs soutiennent qu'en situation d'échec scolaire, les étudiants qui sont le plus portés à rechercher de l'aide sont ceux qui croient que leur performance est sous leur contrôle, et que c'est en travaillant plus fort qu'ils réussiront mieux. Ils relatent aussi que certains auteurs indiquent que les individus qui croient qu'ils ont un contrôle sur ce qui leur arrive dans la vie en général rapportent des attitudes plus positives à l'égard de la recherche d'aide professionnelle. Ces contradictions seront donc intéressantes à vérifier.

Une autre étude menée par Robbins et Greenley (1983), auprès d'un échantillon de 658 étudiants universitaires américains (1 502 d'une population générale et non consultante et 156 étudiants ayant recherché de l'aide au service psychiatrique d'une université), examine le lien entre les attributions de causalité, de sévérité et de durée du problème et la recherche d'aide professionnelle. Dans un premier temps, les auteurs tiennent l'hypothèse que le fait de comprendre les causes du problème vécu comme étant

internes, par opposition à des facteurs externes, devrait augmenter la probabilité de rechercher de l'aide professionnelle. De plus, ils assument que l'utilisation des services professionnels serait plus probable si les problèmes personnels et/ou émotionnels étaient anticipés comme étant de longue durée (stables). Encore une fois, il est possible de faire un parallèle entre cette dernière hypothèse et la théorie de Weiner, en ce sens qu'il appert logique que si un individu anticipe son problème comme susceptible d'être de longue durée, il est raisonnable de considérer que les causes sous-jacentes à ce problème risquent d'être perçues comme stables. Les résultats de leur étude démontrent qu'en effet, la recherche d'aide professionnelle est deux fois plus probable si le problème est défini comme étant dû à des causes internes et attendu d'être de longue durée. Les résultats de cette étude semblent cohérents à la fois avec les résultats de l'étude précédente mais également en accord avec les postulats théoriques de Weiner. En effet, la stabilité du problème (et de sa cause), elle indique possiblement à l'individu qu'il ne peut le régler seul, donc qu'il a besoin d'aide extérieure.

Cependant, les résultats de certaines études, dont celle de Cheatham, Shelton et Ray (1987) ne corroborent pas les conclusions des études précédentes. Ces auteurs mènent une recherche auprès de 149 étudiants universitaires américains. L'hypothèse voulant que les individus qui soient les plus susceptibles de rechercher de l'aide professionnelle soient aussi ceux qui font le plus d'attributions internes par rapport à leurs problèmes n'est pas confirmée. On verra plus loin que ceci peut s'expliquer par la menace à l'estime de soi; l'attribution interne de la cause d'un problème (responsabilité du problème) risque dans bien des cas d'affecter l'estime de soi et d'inhiber la recherche d'aide (Nadler, 1990; Wills et De Paulo, 1991).

Bref, on constate que les auteurs trouvent que les individus qui recherchent de l'aide font plus souvent des attributions causales internes, perçoivent leurs problèmes et leurs causes comme plus stables et présentent une plus faible perception de contrôle. En ce qui a trait à la contrôlabilité des causes, nous n'avons trouvé aucune étude la mettant en lien avec la recherche d'aide. Cette lacune découle possiblement du fait que les mesures utilisées par les auteurs pour évaluer les attributions causales sont différentes d'une étude à l'autre, traduisant un certain manque de consensus théorique, ce qui fait en sorte qu'il existe peu de recherches ayant exploré le lien entre les trois dimensions attributionnelles de Weiner et la recherche d'aide psychologique. Or, nous allons baser la formulation de notre hypothèse pour la dimension de contrôlabilité des causes et son lien avec la recherche d'aide psychologique sur les connaissances que nous avons accumulées sur la perception de contrôle et ce, en considérant que les individus qui présentent une faible perception de contrôle sur les événements risquent de percevoir également les causes de ceux-ci comme incontrôlables. Toutefois, il serait judicieux de notre part d'être relativement conservateurs dans l'émission de nos hypothèses au sujet des attributions étant donné les contradictions ainsi que les lacunes dans la littérature, rendant les résultats dans ce domaine difficiles à interpréter.

L'Estime de Soi

Examinons maintenant l'influence que peut revêtir l'estime de soi dans la décision de rechercher de l'aide psychologique professionnelle pour des troubles de santé mentale. En effet, ayant déjà souligné l'importance de la perception et de la conceptualisation que fait une personne de ses difficultés, il semble pertinent d'explorer l'élément relatif au soi;

c'est-à-dire de quelle façon la personne se perçoit et s'évalue, et quelle peut être la relation entre cette évaluation et l'action de rechercher de l'aide psychologique formelle pour des troubles émotifs? Nadler (1983, 1990) affirme que cette variable semble être parmi les meilleurs prédicteurs de la recherche d'aide.

Généralement, lorsqu'on se réfère à la conception qu'une personne se fait d'elle-même, ou en d'autres mots à la représentation psychique qui naît de la perception qu'une personne a quant à sa vie intérieure ainsi qu'en tant qu'être actuel et idéal en interaction avec l'environnement, on parle de ce qu'on appelle le *concept de soi*. Ainsi, Rosenberg (1985) explique que le concept de soi comporte plusieurs dimensions, dont l'estime de soi. En effet, il décrit la personne ayant un concept de soi positif comme possédant certaines caractéristiques eut égard à sept dimensions; 1) une bonne estime de soi, 2) des sentiments d'être «importante», 3) une bonne certitude de son concept de soi, 4) une faible vulnérabilité, 5) des sentiments de contrôle personnel, 6) une faible anxiété sociale et 7) une coordination harmonieuse des différents plans psychiques (plans de la réalité, de la possibilité, de la fantaisie, etc.). On constate alors que *l'estime de soi* proprement dite ne représente qu'une des multiples facettes du concept de soi, et c'est sur celle-ci que nous allons nous arrêter.

Rosenberg (1985) définit l'estime de soi selon trois caractéristiques. La première réfère à l'acceptation de soi, où il explique que l'individu possédant une bonne estime de soi est satisfait d'être le type de personne qu'il est, malgré les défauts qu'il peut présenter. Il reconnaît que les erreurs de jugement sont humaines et qu'il est naturel de ne pas être apprécié par tous, de perdre parfois ses moyens dans certaines situations, etc. Ces

personnes possèdent donc un niveau assez élevé de tolérance envers elles-mêmes. En deuxième lieu, il y a ce que cet auteur dénomme l'amour de soi. Rosenberg se réfère ici à la distinction faite par Mead (1934) entre le «*me*» et le «*I*» ou le «*moi*» et le «*Je*». Le «*moi*» serait donc cet aspect de la personnalité qui représente le soi en tant qu'objet, instance qui évalue et qui juge. Pour sa part, le «*Je*» serait cet autre aspect de la personnalité qui représente le soi en tant que sujet. C'est l'élément spontané, imprévisible et impulsif du soi qui agit sur l'environnement et interagit avec. Or, l'amour de soi-même correspondrait à l'appréciation que le «*moi*» porte au «*Je*», ou en d'autres mots le jugement positif ou négatif que nous portons sur nous-mêmes en tant qu'acteurs dans la réalité. La troisième caractéristique d'une bonne estime de soi concerne le respect qu'une personne se porte à elle-même ainsi qu'à la valeur qu'elle s'attribue. Rosenberg décrit deux sortes de respect: 1) le respect inconditionnel et 2) le respect conditionnel. Le premier type prend le sens du respect qu'une personne se porte en tant qu'être humain, indépendamment de ses qualités ou de ses accomplissements. C'est la croyance selon laquelle tout individu a droit à un traitement respectueux des autres sans avoir à prouver sa valeur. Le deuxième type, lui, est conditionnel où le respect qu'une personne se porte dépend de la perception qu'elle a de sa compétence, de sa moralité ou de tout autre critère de valeur personnelle ou d'excellence. Enfin, cet auteur souligne que malgré l'aspect apparemment stable ou général de l'estime de soi, elle peut également être variable selon le contexte où dans certaines situations elle est élevée alors que dans d'autres elle est relativement basse.

Suite à la définition et à la description du concept de l'estime de soi, il est temps d'examiner les processus qui semblent relier l'estime de soi à la recherche d'aide psychologique professionnelle. Ainsi, outre par le biais de l'augmentation ou de la

diminution du niveau de santé mentale, car, il est connu depuis longtemps qu'une bonne estime de soi va souvent de pair avec un plus grand bien-être et une meilleure santé mentale et vice-versa (Rosenberg, 1985; Kaplan, 1982), en quoi l'estime de soi pourrait-elle promouvoir ou inhiber la démarche de recherche d'aide psychologique professionnelle? Dans les paragraphes qui suivent nous tenterons d'élucider cette question et de chercher des pistes d'hypothèses.

Nadler (1983, 1990), résume l'essentiel des connaissances jusque-là accumulées concernant l'estime de soi et son influence sur la recherche d'aide psychologique. Il explique que les études ayant porté sur ce concept ont surtout mis l'accent sur l'aspect menaçant de la recherche d'aide psychologique pour l'estime de soi. En effet, comme mentionné plus haut la personne recherchant de l'aide se voit admettre, d'une certaine façon, son incapacité à gérer une situation ce qui peut être conçu comme un aveu d'inaptitude et entraîner un sentiment d'être inadéquat, et voir même de dépendance. Il ne paraît pas clair dans la littérature si ce sont les gens possédant une faible ou une haute estime de soi qui se montrent plus réticents à solliciter de l'aide en cas de besoin. Cet auteur relate que la tâche qui consiste à faire des prédictions spécifiques en ce domaine n'est pas facile. À cet effet, il existe deux hypothèses contradictoires, conceptualisées par Tessler et Schwartz (1972) et reprises par Nadler (1983, 1990), qui visent à élucider ce problème: l'hypothèse de la vulnérabilité et l'hypothèse de la cohérence.

L'hypothèse de la vulnérabilité se base sur la conception que les personnes possédant une estime de soi faible entretiennent relativement peu de cognitions positives à propos d'elles-mêmes, et seraient donc plus vulnérables à de l'information menaçante

concernant leur personne que celles possédant une haute estime. Ces individus sont donc vus comme ayant un plus grand besoin de protéger un moi faible et de ce fait, auraient davantage tendance à éviter des situations menaçantes pour eux, comme par exemple le besoin d'aide psychologique. Cette hypothèse suggère donc que les individus possédant une estime de soi plus faible devraient être plus susceptibles d'éviter de rechercher de l'aide que ceux ayant une plus haute estime.

À l'opposé, l'hypothèse de la cohérence stipule que les individus possédant une haute estime de soi devraient être attendus d'éviter de rechercher de l'aide en cas de besoin car ils seraient moins enclins d'admettre leur incapacité ou inaptitude, et ainsi adopter un rôle de dépendance en recherchant de l'aide. L'explication sous-jacente à cette hypothèse est que d'une manière générale, les personnes trouvent menaçante l'information les concernant seulement lorsque celle-ci est incohérente avec les cognitions qu'ils entretiennent à propos d'elles-mêmes (information dissonante). Ainsi, la personne possédant une estime de soi élevée, donc qui entretient des cognitions positives à propos d'elle-même, devrait être davantage menacée par la perception d'un échec ou de son incompetence dans une situation par rapport à la personne possédant une faible estime d'elle-même, pour qui l'information est plus cohérente avec les cognitions qu'elle entretient. Cette dernière serait par conséquent plus susceptible d'en faire l'aveu en sollicitant de l'aide. Examinons donc quelques études qui pourront possiblement jeter de la lumière sur les contradictions théoriques que nous venons d'exposer.

Morris et Rosen (1973) mènent une étude qui revêt une importance significative dans le domaine de l'influence de la menace à l'estime de soi sur la recherche d'aide auprès

de 56 étudiants universitaires américains. Ils visent à vérifier l'hypothèse selon laquelle le sentiment d'être inadéquat dans la réalisation d'une tâche devrait inhiber la recherche d'aide. La condition expérimentale est manipulée de sorte que la moitié des sujets sont amenés à se sentir inadéquats, où ils sont informés que la majorité des étudiants dans la même situation performant généralement mieux, alors que les sujets de l'autre groupe sont informés que leur performance est supérieure à celle des autres étudiants dans la même condition. Les deux groupes ont à leur disposition une ressource à laquelle ils peuvent se référer en cas de besoin. Leurs résultats démontrent que les individus qui font partie du groupe de sujets se sentant inadéquats ont davantage résisté à demander de l'aide lors de difficultés dans l'accomplissement de la tâche que ceux qui se sentent adéquats. En effet, dans cette étude les personnes se sentant adéquates recherchent de l'aide plus tôt et dans une plus large mesure que celles se sentant inadéquates. Ces auteurs concluent que les personnes qui se perçoivent comme compétentes sont davantage susceptibles de rechercher et d'accepter de l'aide que celles qui se perçoivent comme incompetentes, car, ces dernières risquent de vivre de la honte les amenant possiblement à éviter de solliciter de l'aide qui leur est disponible.

Cependant, bien que ceci confirme que le fait de demander de l'aide peut être menaçant, et que la menace que revêt l'acte de demander de l'aide est plus grande pour un individu qui se sent inadéquat à accomplir une tâche, cette étude nous informe d'une manière beaucoup plus modeste à propos de l'impact du niveau d'estime de soi qui n'a pas été évalué quantitativement. Il est possible de soulever l'objection que parmi les étudiants dans le groupe d'«inadéquats», il put y avoir des personnes possédant un niveau d'estime de soi élevé, mais qui ont quand même réagi comme celles possédant un faible niveau

d'estime dans une telle situation, ce qui ne jette aucune lumière sur la question des hypothèses contradictoires susmentionnées. On se doit alors d'être prudents dans l'interprétation de ces résultats.

Tessler et Schwartz (1972) mènent une étude auprès de 48 étudiantes universitaires américaines visant à déterminer si des personnes en besoin vont solliciter de l'aide lorsque l'expérience de demande d'aide se révèle menaçante à l'estime de soi. Le schème expérimental implique d'abord une tâche qui consiste en la capacité d'identifier et de distinguer des interactions saines et malsaines entre des individus. On considère ensuite deux niveaux de centralité relativement au moi des participantes (centralité basse ou élevée) ainsi que les attributions faites (internes ou externes) quant à la performance à la tâche. Dans une situation expérimentale, le fait de demander de l'aide dans la réalisation de la tâche amène les participantes à faire des attributions internes et à mettre en question leur santé mentale et leur intelligence (centralité élevée) alors que dans l'autre situation (expérimentale), cette condition est absente (centralité faible). Les études recensées révèlent en effet que la logique théorique sous-jacente à l'influence de l'estime de soi sur la recherche d'aide s'applique seulement dans des situations qui sont dites «*ego-relevant*» ou «*ego-central*», c'est-à-dire qui concernent des caractéristiques propres et centrales au Moi de la personne comme, par exemple, l'intelligence et la santé mentale (Nadler, 1983, 1990).

Ainsi, les chercheurs manipulent les conditions expérimentales afin que les attributions faites par les sujets d'un premier groupe, relativement à leur pauvre performance à la tâche, soient liées à des facteurs externes et à une centralité faible (où les

sujets sont informés que la difficulté de la tâche fait en sorte que la majorité des gens doivent rechercher de l'aide pour l'accomplir). Dans le deuxième groupe, les attributions des sujets relèvent de facteurs internes et d'une centralité élevée (où au contraire, ils sont avisés que la majorité des gens peuvent compléter la tâche sans aide). L'estime de soi est ensuite mesurée (faible ou élevée).

Les résultats de cette étude sont probants. Ils révèlent d'abord que parmi les sujets de la condition où l'échec peut être attribué à des facteurs externes, 88% des participants ont sollicité de l'aide alors que seulement 44% des sujets dans la condition d'attribution interne en ont fait autant. Il est important de remarquer ici que ce résultat est contraire aux conclusions de la majorité des études recensées dans la section que nous avons consacrée aux attributions, où nous avons trouvé que la recherche d'aide semble plus probable chez les personnes qui internalisent les causes. Une explication de ces résultats peut être avancée en examinant le concept de «*normativeness*». Ce concept, difficile à traduire en français, fait référence à la «norme relative à l'échec», à savoir que dans une même condition l'individu peut constater que la majorité des gens échouent et que le besoin d'aide peut être vu comme «normal» (échec normatif), ou que la majorité des gens réussissent la tâche sans avoir besoin d'aide (échec non normatif). Nadler (1990) explique à cet effet que les individus qui perçoivent un échec comme étant normatif auront moins tendance à attribuer l'échec à des facteurs internes que ceux qui perçoivent l'échec comme étant non normatif. Ainsi, il conclut que de telles situations normatives sont moins menaçantes pour l'estime de soi et rendent alors la recherche d'aide plus probable. Par conséquent, dans les études mentionnées précédemment qui relèvent de la recherche d'aide pour des troubles psychologiques, l'échec d'adaptation est généralement considéré non normatif, c'est-à-dire

que culturellement il n'est pas «normal» de vivre des troubles mentaux. Ceci pourrait donc expliquer la raison pour laquelle on trouve une plus grande menace à l'estime de soi mais également une plus grande internalisation des causes.

Par ailleurs, Tessler et Schwartz (1972) constatent que la variable de la centralité de la tâche relativement au moi (qui met en question l'intelligence et la santé mentale des sujets) prédit la recherche d'aide dans le sens attendu mais ce, seulement chez les individus possédant une haute estime de soi. Ainsi, les auteurs concluent qu'il y a peu ou pas d'inhibition à rechercher de l'aide, peu importe le niveau d'estime de soi, lorsque l'échec à la tâche ne reflète pas un attribut central au moi (faible intelligence ou problème de santé mentale). Toutefois, l'inhibition se révèle très importante lorsque les individus ayant une haute estime de soi perçoivent que le fait de rechercher de l'aide reflète une inadéquation sur une caractéristique propre à leur personne (centrale au moi comme l'intelligence ou la santé mentale), caractéristique nécessairement interne. Ces résultats se révèlent donc en accord avec l'hypothèse de la cohérence où les individus avec une faible estime de soi sont plus susceptibles de rechercher de l'aide que ceux avec une haute estime qui acceptent plus difficilement leur incapacité (information dissonante). Les résultats indiquent qu'aucun sujet avec une haute estime et ayant subi la condition où l'échec à la tâche peut être attribuée à des causes internes et à des caractéristiques centrales au moi ont recherché de l'aide, alors que tous les sujets présentant une faible estime et ayant subi la condition où l'échec peut être perçu comme relevant de facteurs extérieurs et comme ne reflétant pas une inadéquation relativement à des qualités centrales au moi ont recherché de l'aide.

Cette recherche enseigne bien des choses pour la présente étude. En effet, ces résultats paraissent en contradiction avec ceux vus plus haut concernant le lieu d'attribution et la tendance à rechercher de l'aide. Dans cette étude on constate que les individus qui attribuent leur échec à des causes externes sont plus susceptibles de solliciter de l'aide, alors que selon ce que nous avons vu précédemment dans la section portant sur les attributions, la majorité des recherches démontrent que les individus qui font des attributions externes ne devraient pas être enclins à rechercher de l'aide. Il sera donc intéressant de tenter d'élucider cette contradiction et ce, malgré notre tentative d'explication du phénomène.

Enfin, une étude récente menée par Schonert-Reichl et Muller (1996) auprès de 221 adolescents américains âgés de 13 à 18 ans vise à examiner les variables psychologiques associées à la recherche d'aide pour l'adaptation à des événements stressants. En ce qui a trait à l'estime de soi (conceptualisée et mesurée en termes de "*self-worth*" ou valeur personnelle) leurs résultats démontrent que les adolescents qui sont plus enclins à rechercher de l'aide auprès de professionnels de la santé mentale rapportent des niveaux plus faibles de valeur personnelle, et ce en comparaison aux étudiants qui ne recherchent pas d'aide formelle. Ces données vont aussi dans le sens de l'hypothèse de la cohérence mentionnée plus haut, où ce sont les individus présentant une plus faible estime de soi qui sont davantage portés à rechercher de l'aide en cas de besoin. Ainsi, du fait qu'un bon nombre d'études confirment cette dernière hypothèse, nous allons orienter notre investigation auprès d'étudiants universitaires en ce sens, bien que nous gardons en tête que les preuves sont fragiles et qu'il soit possible que l'hypothèse de la vulnérabilité se révèle être bonne.

*Facteur Environnemental**Le Soutien Social*

Au cours des deux dernières décennies, le soutien social est devenu un concept populaire au sein de la recherche en santé mentale (Veile et Baumann, 1992). Or, ce concept renvoie à une pléthore de définitions (Caplan, 1977, cité dans Wilcox et Vernberg, 1985; Cobb, 1976; Cohen et Wills, 1985; Dulac, 1997; House, 1981; Kaplan et al., 1977; Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983; Thoits, 1982, 1986; Wilcox et Birkel, 1983). Plus encore, cette grande diversité dans le sens attribué au soutien social résulte d'un important manque de consensus entre les auteurs, entraînant souvent de la confusion dans la compréhension des études et des doutes quant à la fiabilité de leurs résultats (Barrera, 1986, Cohen, 1992). Barrera (1986) remarque que cette diversité dans les définitions ainsi que dans les mesures du soutien social laisse voir que les approches pour étudier ce phénomène n'entretiennent souvent que peu de relations les unes aux autres. Il expliquerait alors par ces faits le manque de régularité manifeste existant dans les résultats de recherches à ce sujet. Pour leur part, Veile et Baumann (1992) abondent dans le même sens en expliquant que l'absence d'une notion commune et acceptée du soutien social rend difficile d'intégrer les résultats de différentes études dans différents domaines, et que compte tenu du vaste champ d'application possible de ce concept, il paraît douteux que la communauté scientifique parvienne un jour à formuler un concept unitaire qui arrive à satisfaire toutes les exigences de la recherche.

Dans cette étude, on opte pour l'approche de Thoits (1982) à ce problème. Elle relate dans son article portant sur les problèmes conceptuels, méthodologiques et théoriques dans l'étude du soutien social qu'il est important de formuler une définition précise du concept et ce, en vue d'une meilleure opérationnalisation. Elle stipule que plusieurs auteurs ont omis de faire cette démarche préalable et que, par conséquent, dans plusieurs recherches le manque de précision dans la conceptualisation du soutien social a eu comme résultat de rendre l'opérationnalisation de la variable pour le moins questionnable, et même parfois invalide.

Selon Thoits (1992) le *soutien* réfère globalement à la perception que l'aide est, ou pourrait, être disponible de la part d'autres personnes significatives (soutien perçu), et à l'expression des transactions actuelles et réelles qui, typiquement, se manifestent entre des gens en temps de problèmes (soutien reçu). De plus, le *réseau de soutien social*, unité davantage quantitative, réfère aux liens qui existent entre les individus et particulièrement à la structure de ces liens (le nombre de liens, la fréquence de contacts, la densité du réseau, etc.). Toutefois, bien que cette définition récente soit utile du fait qu'elle offre une compréhension globale de ce que constitue le soutien social, elle s'avère encore insuffisamment précise pour que nous puissions y jeter les fondements d'une étude.

Dans cette recherche, nous avons choisi la conceptualisation du soutien social de Barrera (1981, 1986). Dans sa définition, il souligne des distinctions importantes parmi les concepts relevant du vécu objectif et subjectif du soutien social. Par conséquent, il distingue trois sous-concepts spécifiques au soutien social, soit l'intégration sociale (*social embeddedness*), le soutien social perçu (*perceived support*) et le soutien social reçu

(*enacted support*). Ainsi, l'intégration sociale fait référence aux connections, en termes quantitatifs, que les individus ont à d'autres personnes significatives de leur environnement. C'est le sentiment psychologique de communauté. Cette définition est issue du raisonnement que les contacts sociaux disponibles, peu importe leur nature, pourraient potentiellement servir de ressources de soutien social. Toutefois, il spécifie que ce serait de faire une erreur que d'assumer d'emblée que tous ces liens impliquent un soutien. Par ailleurs, il distingue aussi le soutien social perçu, qui est caractérisé par la perception cognitive d'être fiablement lié aux autres et réfère à la confiance que possède un individu qu'un soutien adéquat serait disponible en cas de besoin. Il explique de plus que plusieurs mesures du soutien social perçu intègrent deux dimensions, soit la disponibilité et l'adéquacité perçues de liens de soutien. Ici, le nombre de personnes n'est pas nécessairement quantifié. D'autre part, il définit le soutien social reçu comme étant les actions réelles que les autres font lorsqu'ils assistent les personnes en besoin. La mesure de ce concept cherche à connaître quelle aide a actuellement été fournie. Enfin, il affirme que les recherches utilisant des mesures fiables de l'intégration sociale, du soutien social perçu et du soutien social reçu démontrent que ces notions n'entretiennent qu'une relation modérée entre elles, ce qui indique que ce sont des concepts liés mais quand même distincts.

En outre, Barrera regroupe les types d'aide en six (6) catégories génériques qui semblent passablement représentatives et exhaustives par rapport à l'ensemble des listes proposées (Tousignant, 1992). Ainsi, ces catégories sont: 1) *l'aide matérielle* qui réfère à tous les prêts de biens matériels, d'argent (peut aussi inclure les dons), de vêtements, de meubles, etc., 2) *l'assistance physique* qui correspond à toute aide qui sert au partage des

tâches, au transport ou à tout autre type d'aide de nature physique, 3) *le soutien émotif*, qui réfère à la possibilité de se confier ou d'être écouté par une autre personne lorsque l'individu a besoin de se confier ou de parler de choses intimes et personnelles, 4) *les guides et conseils*, qui correspond à toute aide fournie quant à de l'information, des conseils, des éclaircissements dans une situation, etc., 5) *l'encouragement* qui fait référence à toute rétroaction émise de la part des autres, aux encouragements, au fait de se faire dire qu'on a de bonnes idées ou que ce que l'on fait est bien, et 6) *la socialisation* qui correspond à la possibilité de faire des activités, de discuter, de faire du sport, de se changer les idées et de se divertir en compagnie d'autres personnes. Barrera considère que ces types d'aide peuvent être fournis par une variété de personnes dont les amis, la famille (père, mère, fratrie, conjoint) ainsi que les professionnels (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, etc.). Examinons maintenant les études mettant en lien le concept de soutien social et la recherche d'aide psychologique professionnelle.

Dans leur étude portant sur des étudiants universitaires américains et visant à comprendre quelle source d'aide ils utiliseraient pour s'adapter à la tension et à l'anxiété, Robbins et Tanck (1994) observent que 95% des sujets de leur échantillon rapportent opter pour une source d'aide informelle en cas de besoin et ce, malgré la disponibilité et l'accessibilité d'un centre de consultation. Figueroa, Calhoun et Ford (1985) abondent dans le même sens en affirmant que plusieurs études démontrent que les individus qui consultent avaient d'abord choisi leurs amis comme premier choix pour solliciter de l'aide. D'autre part, Saunders (1996) mène une étude cherchant à connaître l'expérience de soutien social que vivent les gens qui recherchent de l'aide dans un centre de consultation universitaire en examinant la relation entre le soutien social et les processus de recherche

d'aide formelle. Ses résultats démontrent que 92% des gens ont consulté une source d'aide informelle au préalable. Plusieurs autres auteurs confirment ces données (Wilcox et Birkel, 1983; Wills, 1987; Wills et DePaulo, 1991; Goodman, Sewell et Jampol, 1984).

Ainsi, comme nous l'avons vu avec le modèle pyramidal expliqué plus haut, lorsque les gens vivent des difficultés, les ressources informelles (réseau de soutien social) sont habituellement les premières à être sollicitées et ce, souvent au détriment d'une aide professionnelle. Bosmajian et Mattson (1980) avancent que le personnel des services universitaires de consultation a depuis longtemps remarqué que l'utilisation des ressources professionnelles disponibles pour les étudiants ne reflète pas l'incidence des troubles psychologiques chez cette population. Ils constatent que les problèmes sont souvent sévères, mais que les étudiants ne se mobilisent pas vers de l'aide formelle. Qu'est-ce qui détermine donc ce phénomène de la sous-utilisation des services professionnels existants, et notamment chez les étudiants?

Goodman, Sewell et Jampol (1984) mènent une étude auprès de 100 étudiants universitaires américains, dont 50 recherchent de l'aide au centre de consultation universitaire et 50 qui n'en recherchent aucune et qui constituent ainsi le groupe contrôle. Ils tiennent le raisonnement que si, tel que proposé par l'hypothèse de l'effet tampon (*buffering*)³, le soutien social amoindrit les effets négatifs du stress (évalué par le nombre

³ Il existe plusieurs théories explicatives des processus impliqués dans l'effet bénéfique du soutien social sur la santé mentale. Parmi celles-ci, une des plus importantes est celle du «*buffering effect*» ou l'effet «tampon». Cohen et Wills (1985) expliquent que lorsqu'un individu est soumis à un ou plusieurs événements stressants, le soutien social peut intervenir entre l'événement stressant et la réaction de stress chez l'individu en atténuant ou en prévenant cette réaction et ses conséquences (p.ex., détresse psychologique). Aussi, il pourrait intervenir entre l'expérience subjective de stress et le développement d'un trouble psychopathologique. Ici, le soutien a donc un effet modérateur lorsqu'un stress particulier se

d'événements stressants vécus au cours de la dernière année dans cette étude). Ils assument donc, en corollaire, que l'aide professionnelle est recherchée surtout à titre de compensation pour un manque de ressources informelles alternatives en temps de difficulté ou de stress accru. Ce manque peut se traduire par une absence de ressources adéquates ou tout simplement par une insatisfaction par rapport au soutien disponible. Cependant, dans cette étude les auteurs ne contrôlent pas le niveau de détresse psychologique vécu par les participants, ce qui ouvre la porte à la critique selon laquelle ce serait le niveau de détresse qui pourrait être responsable de la recherche d'aide professionnelle et non seulement la quantité d'événements stressants ou la carence en ressources sociales adéquates. Ces auteurs évaluent plutôt le nombre d'événements stressants vécus au cours de la dernière année, facteur *pouvant* augmenter le niveau de stress et de détresse vécu par la personne, mais cette mesure ne nous indique pas la perturbation véritable que sollicite de tels événements chez l'individu. Il est réaliste de considérer que deux personnes qui vivent la même quantité d'événements stressants au cours d'une année ne vivront pas nécessairement le même niveau de détresse psychologique en réaction à ceux-ci. Par conséquent, le niveau de détresse psychologique sera un élément important à contrôler dans cette recherche afin

présente. Une autre explication est celle du «*main effect*» ou l'effet «principal» du soutien social. Cohen et Wills (1985) relatent que cette théorie postule qu'une augmentation globale du soutien social perçu par une personne va résulter en une augmentation générale du bien-être et ce, peu importe le niveau réel de soutien fourni ou de stress vécu. D'autres modèles explicatifs des processus du soutien social incluent celui de Thoits (1986) qui aborde son effet sur le stress et la santé mentale dans une perspective du «*coping*». Elle affirme que le soutien social peut faciliter et renforcer les tentatives de coping de la personne en l'aidant à changer la situation stressante, à changer le sens que la situation prend pour elle, en modifiant sa réaction émotionnelle en face de celle-ci ou même les trois. Enfin, Cutrona (1990) présente l'hypothèse du «*matching*» où elle explique que ce modèle se base sur le postulat que le soutien social s'avère efficace lorsque le type d'aide fourni correspond au besoin créé par la perte encourue ou les circonstances difficiles dans lesquelles l'individu se trouve.

d'isoler l'impact du réseau de soutien social sur la recherche d'aide⁴.

En utilisant le Network Size Index (NSI) qui est une adaptation du Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) de Barrera (1980, 1981), Goodman, Sewell et Jampol (1984) arrivent aux résultats suivants. D'abord, leurs données indiquent que les étudiants qui recherchent de l'aide psychologique professionnelle diffèrent de leurs pairs tant au niveau de l'expérience qu'ils font du stress qu'au niveau du soutien. Plus particulièrement en ce qui a trait au soutien, leurs résultats supportent l'hypothèse de l'effet tampon en ce qu'en présence d'événements stressants, ceux qui se retrouvent à posséder une grande variété de soutiens disponibles, mais également qui ont reçu du soutien d'un plus grand nombre de ressources au cours du dernier mois, sont capables de s'adapter sans rechercher de l'aide formelle. En ce qui a trait aux types de soutien plus précis qui révèlent une différence significative entre les consultants et les non-consultants, et auxquels nous aurons l'occasion de revenir lors de la discussion des résultats, mentionnons la

⁴ Le contrôle du niveau de détresse psychologique nous donne l'occasion de prévenir que le phénomène de recherche d'aide professionnelle soit dû en majeure partie à cette variable. Dans cette recherche, ce qu'on veut comprendre c'est l'influence des facteurs sélectionnés sur *la recherche d'aide* et non l'impact du niveau de détresse vécu qui est une variable déjà largement étudiée ailleurs. En effet, Wilcox et Birkel (1983) soulignent que l'aide professionnelle est directement sollicitée lorsque le problème est *très sévère* (Bosmajian et Mattson, 1980; Kessler, Olfson et Berglund, 1998; O'Neil, Lancee et Freeman, 1984; Rickwood et Braithwaite, 1994). Dulac (1997) avance que 80% à 90% des personnes usent du réseau informel pour des problèmes relativement mineurs ou modérés, et ce peu importe la nature du problème, alors que ce rapport diminue lorsqu'on parle de problèmes majeurs pour lesquels les individus ont généralement recours à des services professionnels. Or, il n'est que logique d'affirmer que lorsque la détresse est rendue intolérable, il y a habituellement une action entreprise, que ce soit par une action inadaptée ou une action visant l'adaptation comme la recherche d'aide. Cependant, le besoin d'aide précède souvent l'atteinte de ce stade critique de la détresse mais comme nous l'avons vu, dans bien des cas la démarche de solliciter une telle aide n'est pas entamée. Mais pourquoi? On voit alors facilement que si nous n'opérons pas un contrôle sur cette variable, il serait difficile de distinguer si la recherche d'aide formelle est attribuable au niveau de détresse psychologique vécu ou, par exemple, à l'absence de ressources informelles adéquates ce qui, en bout de ligne, rendrait impossible d'isoler de façon adéquate l'influence des variables que nous voulons étudier.

disponibilité de l'aide matérielle, la disponibilité et l'utilisation de l'assistance physique, des guides et conseils, des rétroactions (encouragements) et de la participation sociale (socialisation). Leurs données suggèrent alors qu'une déficience en sources de soutien, et plus particulièrement ces dernières, peut contribuer à la détresse émotionnelle et ainsi mener à de la recherche d'aide professionnelle. Ils expliquent donc que la perception de posséder beaucoup de ressources potentielles de soutien ou d'avoir reçu un tel soutien récemment (au cours du dernier mois) semble atténuer la relation entre les stressseurs de la vie et la décision de rechercher de l'aide professionnelle.

Une autre étude longitudinale est menée par Sherbourne (1988), auprès d'un échantillon de 4 580 sujets de la population générale américaine. Son étude concerne le degré auquel les événements de vie stressants, la disponibilité de ressources sociales et la quantité de contacts sociaux affectent la décision d'utiliser des services professionnels en santé mentale. En ce qui concerne le soutien social, elle assume que les individus avec plusieurs contacts sociaux et beaucoup de ressources sociales sont moins susceptibles de se diriger vers des sources formelles d'aide psychologique. Ses résultats démontrent que les ressources sociales, et non pas la mesure plus quantitative de fréquence de contacts, prédisent l'utilisation des services formels d'aide psychologique. Plus précisément, il appert que les individus qui rapportent avoir moins d'amis proches et de membres de la famille, peu importe la quantité de contacts, étaient plus susceptibles d'utiliser les services formels que ceux qui affirment avoir davantage d'amis proches et de membres de la famille. Ainsi, plus il y a de ressources sociales disponibles pour un individu, moins il y a de chances que cette personne utilise les services professionnels en santé mentale. Par ailleurs, les résultats de l'interaction entre les événements de vie stressants et le soutien

social ne furent pas significatifs, ce qui laisse entendre que l'hypothèse de l'effet «tampon» n'est pas vérifiée. Cependant, l'effet «principal» est partiellement supporté puisque la présence d'amis proches et de membres de la famille résulte en une diminution dans l'utilisation des services formels et ce, peu importe l'expérience faite d'événements de vie stressants. Toutefois, dans cette recherche le niveau de détresse psychologique vécu par les sujets en réaction aux stressors ne fut pas évalué.

Une autre étude menée par Rickwood et Braithwaite (1994) auprès d'un échantillon de 715 adolescents finissant leurs études secondaires cherche à connaître les facteurs susceptibles d'influer la décision de rechercher de l'aide psychologique professionnelle pour des problèmes psychologiques. Les auteurs tiennent l'hypothèse que les étudiants qui sont les plus susceptibles de rechercher de l'aide auprès de sources professionnelles sont ceux qui vivent le plus de solitude et qui manquent d'une relation franche où ils peuvent se confier. Ainsi, leurs résultats démontrent qu'il était beaucoup plus probable que la recherche d'aide pour des problèmes psychologiques ait lieu auprès du réseau informel plutôt qu'auprès d'une source formelle. En effet, 86% des étudiants qui recherchent de l'aide l'ont sollicité auprès de sources informelles par rapport à seulement 14% auprès de sources formelles. Il apparaît que les individus, en temps de détresse psychologique, semblent se tourner vers leurs amis plutôt que vers des professionnels. De plus, à partir d'analyses corrélationnelles, ils constatent que le fait d'aller vers une source formelle plutôt que de seulement consulter le réseau informel est effectivement relié au manque d'une relation franche et intime ainsi qu'à des sentiments de solitude.

Nous avons présenté ici plusieurs études, certaines auprès d'étudiants universitaires, une auprès d'adultes et enfin une auprès d'adolescents. La pertinence de procéder ainsi relève de ce que les étudiants universitaires se retrouvent généralement dans une période développementale unique, où ils ne sont plus des adolescents mais ne sont pas des adultes établis «définitivement». Ils se dégagent des enjeux de l'adolescence et cherchent à entreprendre leur intégration à la vie adulte. Étant à l'université, ils se retrouvent dans un milieu exigeant tant au niveau de la performance et du rendement qu'au niveau de la capacité d'adaptation interpersonnelle. En effet, selon les écrits scientifiques sur la recherche d'aide, et également selon la perspective développementale, la tendance qu'ont les individus à se rallier aux autres et à solliciter les membres de leur entourage en temps de stress et de détresse se révèle importante. De plus, la présence de ressources adéquates et satisfaisantes semble influencer les conséquences psychologiques de divers stressseurs (comme le milieu universitaire) ce qui en retour, risque fort de diminuer la détresse psychologique et ainsi rendre moins nécessaire la recherche d'aide professionnelle. C'est pourquoi il paraît pertinent d'étudier le jeu de cette variable dans la recherche d'aide professionnelle, en ce sens qu'une carence à ce niveau est susceptible de la promouvoir alors que dans d'autres cas, ces mêmes ressources sociales risquent de différer la recherche d'aide professionnelle.

Question et Hypothèses de la Recherche

La présente recherche vise en un premier temps à *explorer* la situation particulière des étudiants universitaires qui consultent au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières pour des troubles de santé mentale et ce, dans le but de dresser un portrait clinique des étudiants consultants. Ainsi, nous émettons la question de recherche suivante: Quelles sont les principales problématiques rapportées par les étudiants universitaires consultant le Service de psychologie de l'UQTR. En un deuxième temps, nous allons chercher à comprendre l'influence de trois catégories de facteurs (un facteur socio-démographique, deux facteurs propres à la personne et un facteur environnemental) sur la recherche d'aide psychologique professionnelle pour des problèmes psychologiques. Autrement dit, une tentative sera faite pour saisir les facteurs susceptibles d'influencer le phénomène selon lequel certains étudiants universitaires recherchent de l'aide psychologique professionnelle et d'autres non et ce, pour un niveau de détresse, de sexe et d'âge comparables.

Le relevé de littérature effectué sur le processus de recherche d'aide psychologique professionnelle, et sur les facteurs susceptibles de l'influencer, mène aux hypothèses suivantes:

Variable Socio-Démographique

H₁: Les étudiants qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université présentent plus fréquemment une histoire de consultations antérieures avec des professionnels en santé mentale que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide.

Facteurs Propres à la Personne

H₂: Lorsque le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique sont contrôlés, les étudiants qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université perçoivent davantage les causes de leurs problèmes comme étant internes, stables, incontrôlables et présentent un plus faible niveau de perception de contrôle comparativement aux étudiants qui ne recherchent pas d'aide.

H₃: Lorsque le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique sont contrôlés, les étudiants qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université possèdent une estime de soi plus faible que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide.

Facteur Environnemental: Le Soutien Social

Lorsque le sexe, l'âge et le niveau de détresse sont contrôlés, les étudiants qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université:

H_{4a}: Possèdent moins de ressources potentielles de soutien informel que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide.

H_{4b}: Ont reçu du soutien informel au cours du dernier mois d'un plus petit nombre de ressources que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide.

H_{4c}: Sont moins satisfaits du soutien qu'ils reçoivent de leur réseau que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide.

H_{4d}: Ont moins fréquemment parlé de leurs problèmes à un membre de leur réseau ainsi qu'à un nombre moindre de personnes que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide.

Méthode

Plan de la Recherche

La présente étude est clinique. Il s'agit d'une recherche appliquée, c'est-à-dire orientée dans un but utilitaire pour le Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est d'approche exploratoire et comprend un groupe expérimental constitué d'étudiants qui consultent le Service d'aide psychologique, ainsi qu'un groupe de comparaison composé d'étudiants de première et deuxième année du baccalauréat en psychologie à cette même université. Le schème de l'étude est quasi-expérimental, en ce sens que la répartition des sujets parmi les groupes et l'application des conditions expérimentales n'est pas faite de manière aléatoire (Fortin, Taggart, Kirouac et Normand, 1988).

Participants

Cette étude comporte deux groupes de sujets volontaires. Le groupe expérimental fut recruté auprès d'étudiants qui ont consulté le Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières au cours de la session d'automne 1998. Il y eut un total de 93 nouvelles consultations en psychologie, dont 65 femmes (70%) et 28 hommes (30%). Les participants du groupe de comparaison furent choisis parmi 106 étudiants de deux classes de première et deuxième année du baccalauréat en psychologie à l'UQTR durant la session d'hiver 1999 dont 92 femmes (87%) et 14 hommes (13%).

Le groupe expérimental a été formé à partir des critères suivants. Des 93 personnes consultantes, 29 (31%, 21 femmes et 8 hommes) n'ont pas été sollicitées pour cette recherche parce qu'elles correspondaient à l'un ou l'autre de ces critères d'exclusion: 1) étudiants en 3e année au baccalauréat ou à la maîtrise en psychologie qui pouvaient être connus par les expérimentateurs (15%, 14 sujets), 2) étudiants en urgence ou en phase active d'un trouble mental sévère qui n'étaient pas disposés à participer à l'étude (6%, 6 sujets) et 3) étudiants pour qui la consultation n'était que ponctuelle (10%, 9 sujets). Ainsi, 64 consultants ont été sollicités (69%, 44 femmes et 20 hommes), par la psychologue du centre qui présentait la recherche et demandait aux étudiants s'ils acceptaient de recevoir un appel de l'expérimentateur afin d'avoir des explications quant à leur participation éventuelle à la recherche. À cette étape, 20 personnes (22%, 10 femmes et 10 hommes) ont refusé, mentionnant pour la majeure partie un manque de temps, pour donner un total de 44 étudiants (47%, 34 femmes et 10 hommes) qui ont été appelés par l'expérimentateur. De ces 44 sujets, 25 (27%, 19 femmes et 6 hommes) ont accepté de participer à l'expérimentation qui consistait en deux rencontres d'environ une heure trente alors que 19 ont refusé par manque de temps. Ces 25 étudiants constituent donc le groupe expérimental, présentant une moyenne d'âge de 24.1 ans et un niveau de détresse psychologique moyen de 30.8.

Le groupe de comparaison fut sélectionné selon les paramètres suivants. À partir du sexe, de l'âge et du niveau de détresse psychologique du groupe expérimental, un total de 25 étudiants (24%, 19 femmes et 6 hommes) des 106 étudiants rencontrés en classe qui ne consultaient pas à ce moment, ni depuis les six derniers mois, ont été retenus et pairés aux étudiants consultants. Chacune de ces personnes a été appelée en vue d'une

participation à l'expérimentation. Tous les sujets contactés ont accepté de participer à l'étude. Ce groupe d'universitaires fut choisi du fait qu'il est soumis à un stress considérable compte tenu de la situation des étudiants en psychologie qui doivent performer pour accéder à une maîtrise fortement contingentée. Or, il paraît raisonnable de croire qu'un haut niveau de détresse psychologique risque de permettre de former un groupe de comparaison comprenant des étudiants qui ne consultent pas et présentant un niveau de détresse psychologique à peu près identique au groupe expérimental. Ainsi, suite à cette sélection, le groupe contrôle est également composé de 19 femmes et 6 hommes ($n=25$). Cet échantillon présente une moyenne d'âge de 21.8 ans et un niveau de détresse moyen de 29.9.

L'échantillon total de cette étude est alors composé de 50 étudiants (38 femmes (76%) et de 12 hommes (24%)) de l'Université du Québec à Trois-Rivières ayant une moyenne d'âge de 23 ans et un niveau de détresse moyen de 30.4. Cette moyenne permet d'affirmer que ce groupe d'étudiants présente un niveau de détresse «sévère», car pour le groupe d'âge 20 à 24 ans le seuil établi dans l'enquête Santé Québec (Préville, Boyer, Potvin, Perreault et Legaré, 1992) est de 28.6. Il en va de même pour la moyenne du groupe expérimental (30.8) et du groupe contrôle (29.9). Un contrôle est exercé sur le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique vécu au cours du dernier mois, facteurs dont l'influence et l'importance sont déjà bien connues (Kessler, Olfson et Berglund, 1998; Kessler, Reuter et Greenley, 1979; Rickwood et Braithwaite, 1994; Wills et DePaulo, 1991). Les moyennes et les écarts types des analyses descriptives ainsi que les analyses de fréquences donnant une vue d'ensemble des caractéristiques de l'échantillon sont présentés dans le Tableau 1.

Tableau 1
Description des moyennes, des écarts-types et des fréquences (pourcentages)
des caractéristiques de l'échantillon (n=50)

Caractéristiques	Groupe		Total
	Consultants	Non-consultants	
Sexe (%)			
Femmes	38	38	76
Hommes	12	12	24
Âge (moyenne)	24.12 (6.04)	21.80 ¹ (2.12)	22.96 (4.63)
Niveau de détresse (moyenne)	30.80 (7.74)	29.88 ² (5.77)	30.34 (6.77)
État civil (%)			
célibataire	44	46	90
marié	2	0	2
séparé	2	0	2
union de fait	2	4	6
Statut d'étudiant (%)			
temps plein	50	50	100
Niveau d'études (%)			
certificat	2	6	8
baccalauréat	48	44	92
Familles d'études (%)			
famille des arts et sciences humaines	26	50	76
famille des sciences pures, appliquées et de la santé	18	0	18
famille des sciences sociales et de l'administration	6	0	6
Problème rapporté (catégorie) (%)			
anxiété	18	28	46
choix de carrière	0	8	8
symptômes dépressifs	12	6	18
développement personnel	2	0	2
trouble panique	4	0	4
problèmes relationnels	14	8	22
Travail pendant les études (%)			
oui	16	26	42
non	34	24	58

1 Aucune différence significative entre les moyennes des deux groupes ($t(29.84) = 1.81, p > .05$).

2 Aucune différence significative entre les moyennes des deux groupes ($t(48) = .48, p > .05$).

Instruments de Mesure

Huit outils de collecte de données ont été utilisés aux fins de l'expérimentation de cette étude. On retrouve un exemplaire des questionnaires à l'appendice A.

Questionnaire d'Informations Générales

Le questionnaire d'informations générales du Service de psychologie de l'UQTR est utilisé pour la cueillette d'informations socio-démographiques. C'est un instrument qui permet d'avoir accès à une série d'informations descriptives d'ordre général (sexe, âge, statut civil, etc.).

Questionnaire de Dépistage de la Détresse Psychologique

L'Inventaire de Détresse Psychologique de l'Enquête Santé Québec (L'IDPESQ-14) est utilisé pour évaluer le niveau de détresse psychologique des étudiants. Cette échelle de 14 items, développée par Prévile, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré (1992), permet d'estimer le «niveau de démoralisation» d'un individu, qui se définit en termes de symptômes: 1) de dépression, 2) d'anxiété, 3) d'irritabilité et 4) de problèmes cognitifs. Plus le pointage est élevé, plus la détresse est grande. Le seuil correspondant au 80e percentile de la distribution de la détresse psychologique peut être utilisé pour caractériser les populations présentant des niveaux de détresse psychologique «élevés». L'étude de fiabilité et de validité de cette échelle fut menée à partir d'un échantillon (n=2 018) de la vaste enquête sanitaire réalisée au Québec en 1987 (Prévile, Boyer, Potvin, Perreault et

Légaré, 1992). Bien qu'il y ait quatre sous-échelles, la présente étude n'impliquera que le résultat global où pour l'ensemble des 14 items un coefficient alpha de Cronbach de .89 fut obtenu.

Mesures Descriptives Liées au Profil du Consultant

Le *Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID I)* (Spitzer et al., 1990) est utilisé pour dresser le portrait clinique des étudiants consultants rencontrés pour cette étude au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La traduction française a été réalisée par Bordeleau (1997). C'est un instrument qui permet d'évaluer 33 des troubles de l'Axe I les plus fréquemment diagnostiqués chez les adultes. La structure de cet outil se base sur un modèle où les algorithmes diagnostiques sont intégrés à la démarche de l'entrevue afin que diverses hypothèses diagnostiques puissent être vérifiées. Les questions sont regroupées par diagnostic et par critère. Pour chaque diagnostic, si les critères requis ne sont pas rencontrés, l'évaluateur se fait indiquer de faire un "skip", c'est-à-dire de passer outre les questions restantes de la catégorie en cours et ainsi se rendre au prochain trouble (ou module). Les items non présents et non significatifs sont alors sautés, suivant le principe de l'arbre décisionnel. Les questions contenues dans chacun des modules diagnostiques sont généralement fermées (oui ou non) et sont suivies de questions supplémentaires permettant une élaboration ou l'obtention d'exemples qui visent à clarifier et à nuancer la réponse en vue d'évaluer le critère.

Trois colonnes permettent d'investiguer chacune des catégories diagnostiques: la première à gauche contient les questions se rapportant à chacun des critères et qui sont

posées au patient, la colonne du milieu contient les critères du DSM-III-R pour chacun des troubles et les cotes qui opérationnalisent le diagnostic se retrouvent dans la colonne de droite. Quatre cotes sont possibles, soit «1, 2, 3 ou ?». La cote «1» signifie que le symptôme décrit par le critère est manifestement absent, «2» indique que le symptôme est sous-seuil mais tout de même présent, «3» correspond au seuil ce qui signifie que le critère est présent et « ? » évoque le manque d'information nécessaire pour coter 1, 2 ou 3 en vue d'établir la présence du critère. Le principe fondamental de cet instrument clinique est que la cotation se fait à partir de la correspondance entre les réponses émises et le *critère* diagnostique et non avec les questions de l'outil. Enfin, une fiche sommaire permet d'indiquer l'absence, la présence sous-seuil ou la présence d'un ou de plusieurs troubles et ce, à partir du même système de cotation susmentionné.

Il existe principalement deux versions du SCID, c'est-à-dire le SCID-P (Patient) qui s'utilise avec des gens qui consultent un centre en santé mentale et le SCID-NP (Non-Patient) utilisable avec des personnes non consultantes. Dans la présente recherche nous utilisons le SCID-P. Cette version débute avec un premier survol général où des données socio-démographiques sont obtenues, suivi de questions qui explorent la raison principale de consultation, l'historique des troubles présents et passés, les consultations et traitements antérieurs et des questions générales à propos du fonctionnement actuel concernant l'humeur, la santé physique, l'utilisation de médicaments et autres substances psychoactives, et enfin le fonctionnement social. Cet instrument, évaluant sept catégories diagnostiques pour 33 troubles de l'axe I, permet aussi de déterminer leur présence au cours des six derniers mois, ainsi qu'à n'importe quel temps dans le passé (sauf pour les troubles somatoformes et le trouble d'adaptation qui ne sont

qu'actuels). Les catégories, chacune correspondant à un module, sont: 1) les troubles de l'humeur, 2) les troubles psychotiques, 3) les troubles reliés à l'utilisation de substances psychoactives, 4) les troubles anxieux, 5) les troubles somatoformes, 6) les troubles de l'alimentation et 7) le trouble d'adaptation. De plus, pour certaines catégories diagnostiques où cela s'applique, des sections existent permettant un diagnostic différentiel, l'évaluation de la sévérité ou l'indication de sous-types. Une échelle d'évaluation du fonctionnement global est également disponible. Le SCID-P ne permet pas de faire les diagnostics suivants: les troubles habituellement diagnostiqués durant l'enfance et l'adolescence, les troubles mentaux d'origine organique, les troubles dissociatifs, les troubles sexuels et de l'identité sexuelle, les troubles du sommeil, les troubles factices et les troubles du contrôle des impulsions non classés ailleurs (Spitzer et al., 1992).

Williams et al. (1992) mènent une étude en vue d'établir la fidélité du SCID I. Pour ce faire, ils utilisent la méthode «test-retest» auprès d'un échantillon de 592 sujets provenant des États-Unis et de l'Allemagne. Pour chaque sujet, deux entrevues sont menées par deux évaluateurs différents où une période d'une journée à deux semaines pouvait s'écouler entre les évaluations. Leurs résultats démontrent des coefficients Kappa (K) au dessus de .60 pour la majorité des catégories diagnostiques, indice qui exprime le degré d'accord entre évaluateurs d'une rencontre à l'autre. Il n'existe pas de standards absolus pour interpréter la signification de la statistique Kappa, cependant les auteurs considèrent qu'un indice K au dessus de .70 indique un bon accord interjuge, alors que des valeurs variant entre .50 et .70 traduisent un accord modéré et un K en-deçà de .50 indique un accord pauvre. Sur un total de 21 catégories évaluées, seules les catégories relatives à la dysthymie (.40), à l'agoraphobie sans trouble panique (.43) et à la phobie sociale (.47) se

sont révélées être en-deçà de ce seuil. Ils obtiennent donc un Kappa global de .61 pour les troubles actuels et un K de .68 pour les troubles passés. Selon les auteurs, bien que les résultats trouvés à partir de cette méthode soient habituellement plus bas qu'avec la méthode «jointe», où deux évaluateurs émettent un diagnostic à partir de la même entrevue, les indices de fidélité obtenus dans cette étude sont comparables à ceux existant dans d'autres recherches mettant à l'épreuve des outils diagnostiques différents. Enfin, il existe actuellement aucune étude qui démontre la validité de l'instrument.

Le Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II) (Spitzer et al., 1990) est utilisé pour évaluer l'absence, la présence sous-seuil ou la présence de troubles de personnalité (Axe II) chez les étudiants consultants. La traduction française a été réalisée par Bordeleau (1997). Le SCID II est un instrument clinique qui permet de diagnostiquer les onze troubles de personnalité du DSM-III-R, et inclut de plus le trouble de personnalité non spécifié. La structure de base de l'instrument est similaire au SCID précédemment décrit. L'évaluation débute par un questionnaire auto-administré qui donne un premier aperçu des réponses émises aux questions de l'instrument, où la personne doit indiquer si les énoncés correspondent ou non à sa façon d'être d'une manière générale. Ce filtrage préliminaire précise les items sur lesquels une attention particulière devra être portée, rendant ainsi possible d'éliminer les critères non pertinents et de réduire considérablement le temps d'administration.

L'évaluation se poursuit par un entretien. La première partie porte sur une section nommée «overview» comportant des questions ouvertes qui fournissent une appréciation globale des caractéristiques de la personnalité de l'individu. Ensuite, chacun des onze

troubles de personnalité spécifiques sont présentés selon le schème suivant: tout d'abord, on retrouve un court sommaire des caractéristiques générales du trouble ainsi qu'une indication quant au nombre de critères qui doivent être présents pour émettre le diagnostic. Par la suite, les questions, critères et cotations sont présentés en trois colonnes et ce, tel que décrit précédemment pour le SCID. Ici, pour chaque critère il y a habituellement deux questions, où la première sert à évaluer le critère alors que la seconde sollicite des exemples permettant à la personne d'illustrer la réponse donnée. À la fin de l'entrevue, l'évaluateur remplit une fiche sommaire indiquant l'absence, la présence sous-seuil ou la présence d'un ou de plusieurs troubles et ce, à partir du même système de cotation susmentionné. Des indices quant à la sévérité sont également disponibles (1=léger, 2=modéré et 3=sévère) (First et al., 1995).

Dans une étude menée aux États-Unis auprès de 284 sujets âgés de 18 ans et plus, First et al. (1995) utilisent la méthode test-retest afin de vérifier la fidélité du SCID II. Deux évaluateurs indépendants administrent l'instrument à deux reprises dans un intervalle pouvant varier entre une journée et deux semaines. Comme mentionné plus haut, cette méthode présente certains avantages bien que les résultats se révèlent généralement plus bas. Les auteurs trouvent chez les patients des coefficients Kappas variant de .24 à .74 avec un indice global de .53. Ces résultats se révèlent comparables avec les indices de fidélité d'autres instruments de diagnostic pour les troubles de l'Axe II. Une autre étude réalisée plus récemment par Maffei et al. (1997) vise à évaluer la fidélité interjuge ainsi que l'homogénéité du SCID II version 2.0 (DSM-IV) auprès de 231 patients italiens. Cette version est à peu près identique à la version précédente, à part quelques variations dans les critères et quelques nouvelles appellations dont «personnalité dépressive» pour la catégorie

diagnostique anciennement nommée personnalité à conduite d'échec, et «trouble mixte» pour la catégorie diagnostique anciennement nommée trouble de personnalité non spécifié. Ils trouvent des Kappas variant entre .48 et .98 pour les catégories diagnostiques et des coefficients de cohérence interne (alpha de Cronbach) entre .71 et .94. Il n'existe actuellement aucune étude qui démontre la validité de l'instrument.

Dans la présente recherche, les données de six (24%) protocoles furent «révisées» par deux cliniciens afin de vérifier l'accord interjuge et donc la fidélité des diagnostics. Un coefficient d'accord interjuge Kappa (K) de .95 fut obtenu pour les troubles de l'Axe I et de .91 pour les troubles de personnalité (Axe II). Ces coefficients élevés, reflétant un très bon accord interjuge, peuvent en partie être imputables au fait que la méthode dite «jointe» fut utilisée où chacun des évaluateurs se basait sur la même entrevue enregistrée sur bande audio pour poser les diagnostics. Comme mentionné plus haut lors de la description des instruments, cette méthode donne habituellement des coefficients plus élevés que la méthode «test-retest» selon laquelle chacun des évaluateurs mène une entrevue avec le même patient et ce, à un intervalle de temps donné (First et al., 1995; Williams et al., 1992). Dans cette recherche, nous n'avons pas eu l'occasion d'évaluer chacun des sujets à deux reprises et c'est pourquoi nous avons opté pour la méthode «jointe».

Mesures Expérimentales Relatives à la Recherche d'Aide

L'Échelle d'attributions causales élaborée par Russell (1982) et basée sur la théorie des attributions de Weiner est utilisé pour évaluer les attributions causales. Cette échelle est destinée à la mesure de la manière dont un individu perçoit les attributions causales qu'il a

émises et ce, à partir des trois dimensions qui sont le lieu de causalité (interne-externe), la stabilité (stable-temporaire) et la contrôlabilité (contrôlable-incontrôlable). Chacune des dimensions est cotée sur une échelle bipolaire de 1 à 9. L'étude menée par Russell en vue de l'élaboration de la version originale mena en un premier temps à la création de trois items donnant une mesure de chacune des dimensions causales. Les neuf items générés furent ensuite soumis à des analyses de validité et de fidélité dans deux études auprès de 189 et 99 étudiants universitaires américains. Les analyses de variance menées afin de vérifier la validité de chacune des dimensions causales indiquent que les propriétés attributionnelles semblent être adéquatement évaluées par les neuf items de la mesure. De plus, des coefficients alphas de .87, .84 et .73 démontrent une bonne cohérence interne des items. Enfin, les analyses factorielles laissaient voir des corrélations modérées de .19 à .28 entre les sous-échelles indiquant qu'elles mesurent des concepts reliés mais tout de même différents.

Étant donné l'absence d'un instrument francophone pour évaluer les attributions causales, Lebel (1986) élabore à partir du *Causal Dimension Scale (CDS)* de Russell (1982) et du *Attributional Style Questionnaire (ASQ)* de Peterson et al. (1982) un instrument québécois. L'auteur retient dans l'instrument ainsi élaboré un item par dimension présentant la meilleure validité discriminante dans les versions originales des questionnaires, c'est-à-dire trois items du CDS relatifs au lieu de causalité, à la stabilité et à la contrôlabilité et un item concernant la globalité de l'ASQ. Elle effectue une traduction qu'elle administre sous deux formes à 60 étudiants universitaires québécois. Des Tests-t ne révèlent aucune différence entre les deux formes, similitude qui selon l'auteure suppose que le questionnaire est adéquat pour évaluer les attributions. De plus, à partir du calcul d'un coefficient alpha de Cronbach les échelles du questionnaire traduit présentent un niveau de

fidélité moyen de .60 (moyenne du coefficient des situations de réussite .60 et des situations d'échec .61), ce qui offre une fidélité acceptable bien qu'un peu faible. Pour la présente étude, nous retenons cet instrument. Toutefois, une modification est opérée au questionnaire, en ce sens que dans son étude, Lebel suggère plusieurs événements ou situations hypothétiques à partir desquelles les individus émettent des attributions causales pour ensuite les évaluer sur quatre échelles allant de 1 à 9, une pour chacun des items (lieu de causalité, stabilité, contrôlabilité et globalité). Dans la présente recherche, ce ne sont pas des situations hypothétiques qui sont utilisées mais plutôt les principales raisons de consultation rapportées par les sujets au cours de l'entrevue clinique, à partir desquelles des attributions causales sont ensuite émises et évaluées.

L'Échelle des Sphères de Contrôle développée par Paulhus (1983) permet d'évaluer la perception de contrôle. La traduction française de cet instrument fut réalisée par Garant et Alain (1992), et comporte trois sous-échelles (contrôle personnel, interpersonnel et socio-politique) de dix énoncés chacune pour un total de 30 énoncés de style affirmatif (p.ex., "Je peux généralement réaliser ce que je désire lorsque je travaille fort en ce sens") dont les réponses sont recueillies à l'aide d'une échelle de type Likert allant de 1 (pas du tout approprié) à 7 (parfaitement approprié). Plus le résultat est élevé, plus la perception de contrôle est grande. Dans la présente recherche, seul le pointage global est utilisé. Ces auteurs rapportent que la version originale répond aux critères de cohérence interne de façon satisfaisante et fut validée à plusieurs reprises auprès d'étudiants universitaires. La version française obtient un coefficient alpha global de .82.

L'Échelle d'Estime de Soi est utilisée pour mesurer l'estime de soi des participants (Rosenberg, 1965). La traduction canadienne-française du questionnaire est menée par Vallières et Vallerand (1990). Le *Rosenberg Self-Esteem Scale* (RSES) est un instrument de nature unidimensionnelle, construit à partir d'une conception phénoménologique de l'estime de soi et qui permet de capter la perception globale des sujets quant à leur propre valeur. Cet instrument de dix items que le sujet cote à partir d'une échelle de 1 (pas du tout d'accord) à 7 (parfaitement d'accord) permet d'évaluer à quel point l'individu se considère généralement comme une personne de valeur, comme possédant un certain nombre de belles qualités, comme ayant une attitude positive à l'égard de lui-même, comme ne se considérant pas un échec, inutile ou bon à rien. Plus le pointage obtenu est élevé, plus l'estime est haute. Le pointage minimal est de 10 et le pointage maximal est de 70. Vallières et Vallerand (1990) trouvent pour la version française un coefficient de cohérence interne de .89 ($n=308$ étudiants collégiaux), ce qui est satisfaisant, ainsi qu'une bonne validité de construit avec des corrélations modérées de .20 avec la satisfaction de vie et de -.32 avec la dépression; ainsi, bien qu'il existe une relation entre ces mesures, ce n'est pas le même construit théorique qui est évalué. De plus, cette échelle présente une bonne stabilité temporelle représentée par un indice de corrélation test-retest de .84 ($n=60$ étudiants collégiaux) sur une période de trois semaines, ce qui est très acceptable.

L'Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS) élaboré par Barrera (1980, 1981) est utilisé afin d'évaluer le soutien social. La traduction française fut menée par Lepage (1984). L'ASSIS est un instrument clinique permettant d'obtenir des informations liées au réseau social potentiel et à l'aide effective reçue au cours du dernier mois et ce, à partir du nombre de personnes disponibles. De plus, cet outil permet d'avoir

des indications concernant les besoins des personnes relativement à certains types d'aide et à la satisfaction générale ressentie quant à l'aide reçue, tous deux évalués à partir d'une échelle de 1 (peu de besoins ou peu satisfait) à 5 (beaucoup de besoins ou très satisfait). Ainsi, ces informations sont recueillies pour six catégories d'aide: 1) l'aide matérielle, 2) l'assistance physique, 3) le soutien émotionnel, 4) les guides et conseils, 5) l'encouragement ou la rétroaction positive et 6) la socialisation. Ce questionnaire comporte également une catégorie nommée interactions négatives qui permet de connaître les individus du réseau social de la personne qui sont perçus comme généralement néfastes, ainsi que le nombre de ces personnes avec qui il y eut une interaction conflictuelle au cours du dernier mois. Pour chacune des catégories d'aide, les personnes peuvent se référer à leurs amis, aux membres de leur famille ainsi qu'à tout professionnel qu'ils pourraient consulter. Cependant, pour la présente étude qui concerne justement la recherche d'aide psychologique professionnelle, nous n'allons considérer que le réseau informel, c'est-à-dire la famille, le conjoint, les amis et les collègues de travail.

Les analyses de validité et de fidélité de la version française furent menées par Lepage (1984) auprès de 80 femmes. Les résultats démontrent que la *mesure du réseau de support social* présente des caractéristiques de validité et de fiabilité comparables ou supérieures à celles des recherches américaines antérieures. Tout d'abord, la validité de concomitance entre cette mesure et l'*Inventaire de comportements de support* (Barrera, Sandler et Ramsay, 1980) démontre un degré de corrélation modeste (.27 à .44), ce qui indique que ces mesures sont reliées mais non concomitantes. Qui plus est, l'instrument présente une stabilité relative où un coefficient de corrélation test-retest de .90 ($p < .0001$) fut obtenu pour la grandeur du réseau de soutien perçu alors que le coefficient pour le

réseau de soutien actuel ou agi est de .50 ($p < .001$). L'homogénéité de la mesure a été calculée à partir du coefficient alpha pour les composantes suivantes: grandeur du réseau de soutien perçu (.86), grandeur du réseau de support actuel (.81), besoin de soutien (.81) et satisfaction du soutien reçu (.86). Ces résultats suggèrent un haut degré de consistance interne tant dans le nombre de membres énumérés pour chacune des fonctions de support que dans l'évaluation du besoin d'aide et la satisfaction du soutien reçu.

Enfin, dans la présente étude une question élaborée par le chercheur fut demandée aux participants de la recherche. Cette forme de question se retrouve dans l'étude de Bosmajian et Mattson (1980) ainsi que celle de Cheatham, Shelton et Ray (1987) où ils explorent les variables reliées à l'utilisation des centres de consultation universitaire. Il était demandé aux étudiants d'indiquer si oui ou non ils avaient parlé de leur(s) problème(s) à un membre de leur réseau social avant de rechercher de l'aide professionnelle et, si oui, à combien de personnes. Cette question supplémentaire permet d'avoir un aperçu du soutien recherché par la personne et ce, spécifiquement pour le problème présenté.

Déroulement de la Recherche

Formation et Supervision des Évaluateurs pour le SCID I et II

Deux étudiants en deuxième année de maîtrise en psychologie ont participé à la réalisation de l'expérimentation de cette étude à titre d'évaluateurs et ce, en menant les entrevues cliniques auprès des consultants du Service de psychologie de l'UQTR. Au cours de la session d'été 1998, une formation de 15 heures a été suivie par les deux

étudiants en vue de l'utilisation du SCID I et II dans l'établissement de diagnostics lors des entrevues semi-structurées réalisées pour cette recherche. De plus, chaque protocole de l'étude fut supervisé par une clinicienne d'expérience possédant une connaissance approfondie des instruments.

Collecte des Données

La première partie de l'expérimentation se déroule au cours de la session d'automne 1998 au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Tous les étudiants se présentant en consultation pour la première entrevue sont brièvement informés de la recherche par la psychologue du service; elle demande par la suite aux consultants s'ils acceptent d'être appelés par un expérimentateur en vue de leur participation à l'étude. Les étudiants intéressés donnaient alors leur nom et numéro de téléphone sur une première feuille de consentement à l'appel (appendice B). Ces étudiants étaient ensuite appelés par un des expérimentateurs afin de recevoir des explications orales plus détaillées concernant la recherche, explications qui figuraient à nouveau sous forme écrite sur la deuxième formule de consentement (appendice B) qui leur était présentée lors de la première entrevue de l'étude. À cette occasion, toutes leurs questions étaient répondues avant qu'ils y apposent leur signature et entreprennent l'expérimentation.

Les rencontres se sont déroulées à deux endroits; dans les locaux du Service de psychologie de l'Université et dans les locaux du Centre Universitaire de Services Psychologiques (CUSP). À cet effet, une permission écrite fut obtenue auprès des dirigeants du CUSP (appendice C). Au cours de la première rencontre, les instruments

suivants étaient administrés dans l'ordre: l'échelle des attributions causales (oral), l'échelle des sphères de contrôle (écrit), l'inventaire de détresse psychologique (oral), l'*Arizona Social Support Interview Schedule* (ASSIS), et le questionnaire préalable au SCID II (écrit). La deuxième rencontre était consacrée au SCID I (oral), à l'échelle d'estime de soi (écrit) et au SCID II (oral). Chacune des rencontres était d'une durée d'environ une heure trente, pour un total d'environ trois heures d'entrevue par sujet.

La deuxième partie de l'expérimentation se déroula au cours de la session d'hiver 1999 auprès d'étudiants du baccalauréat en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. En un premier temps, l'expérimentateur rencontra les élèves de deux groupes en classe afin d'expliquer oralement la recherche et administrer un premier questionnaire mesurant la détresse psychologique. Mentionnons également qu'à ce questionnaire était jointe une feuille de ressources avec numéros de téléphone pour de l'aide médicale ou psychologique au cas où certains des étudiants auraient besoin d'une telle aide (appendice D). Par la suite, à partir de l'indice de détresse psychologique et du sexe, 25 étudiants non consultants furent pairés avec les 25 étudiants consultants ayant participé à la recherche. Ces 25 étudiants non consultants furent alors appelés par un expérimentateur qui leur demandait leurs disponibilités et qui fixait une rencontre. Des entrevues d'environ 30 minutes étaient fixées. Au début de chacune de celles-ci des consignes écrites étaient présentées aux sujets dans une formule de consentement, où toutes leurs questions relatives à la recherche étaient répondues avant de procéder. Une fois le consentement donné, nous recueillons les informations socio-démographiques, concernant les attributions causales, la perception de contrôle, l'estime de soi et le réseau de soutien social et ce, de la même façon qu'avec les sujets du groupe expérimental.

Considérations Éthiques

Chaque étudiant était clairement informé que sa participation à cette étude était entièrement volontaire, que la démarche était anonyme, que les informations étaient confidentielles et qu'il était possible pour lui de retirer sa candidature à n'importe quel moment du processus et ce, en toute liberté et sans préjudice. De plus, chacun était clairement informé que les rencontres allaient être enregistrées sur cassette audio et que celles-ci ainsi que les protocoles contenant les données allaient être conservés sous-clé dans les bureaux des professeurs responsables de l'étude. Avant de débiter les entrevues, l'évaluateur s'assurait que toutes les questions étaient adéquatement répondues. Enfin, pour les étudiants qui n'étaient pas actuellement en consultation (groupe contrôle), le chercheur fournissait une feuille indiquant des ressources avec leur numéro de téléphone pouvant être utiles en cas d'urgence ou si la personne devait avoir besoin de services psychologiques.

Résultats

Le troisième chapitre de ce mémoire expose les résultats de la recherche. La première section présente les analyses préliminaires: c'est-à-dire le portrait clinique détaillé des étudiants consultants qui ont pris part à l'étude et ce, à partir des informations recueillies lors des entretiens cliniques menés avec le SCID I et II. Par la suite, la section des analyses principales présente les résultats obtenus aux analyses statistiques aux fins de comparaison du groupe expérimental et du groupe contrôle sur les principales variables de l'étude en vue de la vérification des hypothèses. Enfin, une dernière section concerne les analyses secondaires. Toutes les analyses sont menées à partir du logiciel informatique *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS).

Analyses Préliminaires

Question de recherche: Portrait Clinique des Étudiants Consultants

Examinons le portrait clinique des étudiants ayant consulté au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières au cours de la session d'automne 1998 et qui ont accepté de participer à l'étude. Les données présentées sont issues des entrevues semi-structurées qui ont été menées à l'aide du SCID I et II.

Le Tableau 2 donne le résumé des troubles de l'Axe I des étudiants consultants (n=25). À partir de ces données, on remarque que ceux-ci présentent une grande variété de troubles pour lesquels les critères nécessaires aux diagnostics sont remplis.

Tableau 2
Troubles de l'Axe I des étudiants consultants
de l'Université du Québec à Trois-Rivières (n=25)

Catégories diagnostiques à l'axe I	Passé	Présent (dernier mois)	Sous-seuil
Troubles de l'humeur (%)			
Trouble dépressif majeur	40	20	4
un épisode passé	24	-	-
deux épisodes passés	8	-	-
trois épisodes passés	4	-	-
cinq épisodes passés	4	-	-
Autres troubles de l'humeur	12	12	-
dysthymie	4	8	4
hypomanie	8	4	-
Trouble psychotique délirant (%)	-	4	-
Troubles reliés à l'utilisation de substances psychoactives (%)	4	-	-
Troubles anxieux (%)			
Trouble panique	8	8	4
avec agoraphobie	4	4	-
sans agoraphobie	4	4	-
Trouble de l'anxiété généralisée	-	36	4
Trouble obsessionnel-compulsif	-	12	-
Phobie simple	-	20	-
Phobie sociale	-	28	-
Troubles somatoformes	-	-	-
Trouble de l'alimentation (%) (anorexie-boulimie)	-	4	8
Trouble d'adaptation (%)	-	-	-
Étudiants ayant présenté ou qui présentent un ou plusieurs troubles de l'axe I (%)	56	76	24

Note. Les chiffres représentent en pourcentage (%) le nombre d'étudiants sur 25 qui satisfont aux critères diagnostiques du trouble, ou qui présentent tous les critères nécessaires au diagnostic sauf un. Dans ce dernier cas, le trouble est considéré sous-seuil.

Tout d'abord, les résultats indiquent que 56% des participants ont présenté un ou plusieurs troubles de l'axe I dans le passé, où 52% concernaient des troubles de l'humeur (trouble dépressif majeur, dysthymie, hypomanie), 8% des troubles anxieux (trouble panique avec ou sans agoraphobie) et 4% des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues. En ce qui a trait aux troubles actuels de l'axe I (présents au cours du dernier mois), 76% des étudiants présentent un ou plusieurs de ces troubles avec 20% manifestant un trouble dépressif majeur, 8% de la dysthymie et 4% de l'hypomanie. Pour ce qui est des troubles anxieux, 36% présentent un trouble de l'anxiété généralisée, 12% un trouble obsessionnel-compulsif, 8% un trouble panique, 20% une phobie simple et 28% une phobie sociale. Enfin, 4% présentent un trouble de l'alimentation (anorexie), 4% un trouble délirant et 24% des étudiants présentent actuellement un ou plusieurs troubles sous-seuil incluant des troubles de l'humeur, des troubles d'anxiété et des troubles de l'alimentation.

Le Tableau 3 présente les troubles de l'axe II (troubles de personnalité) qui sont également variés, où 48% des étudiants consultants présentent un ou plusieurs de ces troubles. Ainsi, 36% satisfont aux critères de la personnalité obsessionnelle-compulsive, 20% de la personnalité état-limite, 16% de la personnalité narcissique, 12% de la personnalité évitante, 12% de la personnalité dépendante, 8% de la personnalité histrionique, 8% de la personnalité passive-agressive, 8% de la personnalité à conduite d'échec et 4% de la personnalité paranoïde. De plus, 52% des participants présentent un ou plusieurs troubles de personnalité sous-seuil (obsessionnelle-compulsive 12%, narcissique 4%, évitante 24%, dépendante 4%, histrionique 12%, passive-agressive 8%, conduite d'échec 4%, paranoïde 12%, schizoïde 4%).

Tableau 3

Troubles de l'Axe II des étudiants consultants de
l'Université du Québec à Trois-Rivières (n=25)

Catégories diagnostiques à l'axe II	Présent	Sous-seuil
Personnalité obsessionnelle-compulsive	36	12
Personnalité état-limite	20	-
Personnalité narcissique	16	4
Personnalité évitante	12	24
Personnalité dépendante	12	4
Personnalité histrionique	8	12
Personnalité passive-agressive	8	8
Personnalité à conduite d'échec	8	4
Personnalité paranoïde	4	12
Personnalité schizoïde	-	4
Personnalité schizotypique	-	-
Personnalité non-spécifiée	-	-
Étudiants qui présentent actuellement un ou plusieurs troubles de l'axe II	48	52

Note. Les chiffres représentent en pourcentage (%) le nombre d'étudiants sur 25 qui satisfont aux critères diagnostiques du trouble, ou qui présentent tous les critères nécessaires au diagnostic sauf un. Dans ce dernier cas, le trouble est considéré sous-seuil.

Analyses Principales

Vérification de la Première Hypothèse

La première hypothèse de recherche énonce que les étudiants qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières présentent plus fréquemment une histoire de contacts antérieurs avec des professionnels en santé mentale que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide. Les résultats de l'analyse de chi-deux effectuée à cet effet ne permet pas de confirmer cette hypothèse: 12 des 25 consultants ont

eu un ou plusieurs contacts avec un professionnel en santé mentale dans le passé alors que 13 des 25 non-consultants en ont fait autant. Il n'y a pas significativement plus d'étudiants recherchant de l'aide qui ont une histoire de contacts antérieurs avec des professionnels en santé mentale que des étudiants qui ne recherchent pas d'aide ($\chi^2 (1, 50) = .08, p > .05$).

Le Tableau 4 démontre que 48% des étudiants qui consultent actuellement ont déjà consulté un professionnel de la santé mentale dans le passé (24% une fois, 20% deux fois, 4% cinq fois), alors que 52% n'ont jamais recherché d'aide auprès d'un professionnel. Quant au groupe de non-consultants, 48% n'ont jamais consulté alors que 52% ont déjà recherché de l'aide auprès d'un professionnel dont 32 % une fois et 20% deux fois.

Tableau 4

Histoire des consultations antérieures des étudiants
de l'Université du Québec à Trois-Rivières (n=50)

Nombre de consultations antérieures (%)	Groupe	
	Consultants (n=25)	Non-consultants (n=25)
aucune	52	48
une	24	32
deux	20	20
cinq	4	-

Note. Les pourcentages représentent le nombre d'étudiants sur 25.

Vérification de la Deuxième Hypothèse

La deuxième hypothèse postule que lorsque le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique sont contrôlés, les étudiants qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières perçoivent davantage les causes de leurs problèmes comme étant internes, stables, incontrôlables et présentent un plus faible niveau de perception de contrôle comparativement aux étudiants qui ne recherchent pas d'aide. Pour vérifier cette hypothèse, une analyse de variance multivariée de type MANOVA a été menée afin de comparer les moyennes obtenues par le groupe expérimental et le groupe de comparaison et voir s'il existe des différences significatives entre celles-ci. Les résultats des analyses sont présentés au Tableau 5.

Les résultats démontrent que cette deuxième hypothèse de recherche est partiellement confirmée. Tout d'abord, il existe des différences de moyennes entre le groupe de consultants et les non-consultants en ce qui concerne les attributions causales faites par rapport aux problèmes. Ces différences vont dans le sens attendu où les consultants ont une plus grande propension à internaliser les causes de leurs problèmes, perçoivent les causes comme plus stables ainsi que moins contrôlables que les non-consultants.

Tableau 5

Différences de moyennes entre les consultants et les non-consultants sur les variables de l'attribution causale et de la perception de contrôle (n=50)

Variables	Groupe		<i>F</i>
	Consultants (n=25)	Non-consultants (n=25)	
Attributions causales			
Internalité	5.88 (2.82)	5.20 (2.29)	.88
Stabilité	5.20 (2.77)	3.72 (1.70)	5.19*
Contrôlabilité	6.64 (2.46)	6.84 (2.43)	.08
Perception de contrôle	139.52 (18.92)	143.52 (12.56)	.78

* $p < .05$.

Cependant, seuls les résultats relevant de la dimension causale de la stabilité se révèlent significatifs ($F(1) = 5.19$, $p < .05$), ce qui nous indique que les consultants perçoivent les causes de leurs problèmes comme significativement plus stables ($M = 5.20$, $\acute{E}.T. = 2.77$) que ne les perçoivent les non-consultants ($M = 3.72$, $\acute{E}.T. = 1.70$). Par ailleurs, on voit que les étudiants qui recherchent de l'aide ne présentent pas une différence de moyenne significative sur l'échelle de perception de contrôle ($M = 139.52$, $\acute{E}.T. = 18.92$) par rapport aux étudiants qui ne recherchent pas d'aide ($M = 143.52$, $\acute{E}.T. = 12.56$) ($F(1) = .88$, $p > .05$), bien que leur niveau de perception de contrôle soit plus bas.

Vérification de la Troisième Hypothèse

La troisième hypothèse de cette recherche énonce que lorsque le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique sont appariés, les étudiants qui recherchent de l'aide au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières possèdent une estime de soi plus faible que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide. Cette hypothèse n'a pu être confirmée, car, il n'existe aucune différence significative entre l'estime de soi des consultants ($M = 55.92$, $É.T. = 11.79$) et celle des non-consultants ($M = 54.72$, $É.T. = 9.86$) ($t(48) = .39$, $p > .05$). Ici, les deux groupes d'étudiants présentent des niveaux relativement élevés d'estime de soi (le pointage maximal étant de 70).

Vérification de la Quatrième Hypothèse

La quatrième hypothèse de recherche se divise en quatre. Elle stipule que lorsque le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique sont contrôlés, les étudiants qui recherchent de l'aide 1) possèdent moins de ressources potentielles de soutien informel, 2) ont reçu du soutien informel au cours du dernier mois d'un plus petit nombre de ressources, 3) sont moins satisfaits du soutien qu'ils reçoivent de leur réseau et 4) ont moins fréquemment parlé de leurs problèmes à un membre de leur réseau ainsi qu'à un nombre moindre de personnes que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide. Les résultats de l'analyse de variance de type MANOVA confirment en bonne partie cette hypothèse. Le Tableau 6 présente un résumé des données obtenues.

Tout d'abord, la première partie de l'hypothèse avance que les étudiants consultants possèdent moins de ressources potentielles de soutien informel que les étudiants non-consultants. Celle-ci se retrouve appuyée par les analyses car il appert que les sujets du groupe expérimental ont en moyenne 10.17 ($\acute{E}.T. = 3.64$) personnes de disponibles, qui sont donc des ressources potentielles, comparativement à 14.96 ($\acute{E}.T. = 9.78$) pour les sujets du groupe de comparaison, soit presque 5 personnes de plus. Cette différence de moyenne se révèle significative statistiquement ($F(1) = 5.08, p < .05$). La deuxième partie de l'hypothèse avance que les étudiants qui recherchent de l'aide ont reçu, au cours du dernier mois, du soutien informel d'un plus petit nombre de ressources que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide. Les sujets qui consultent ont reçu de l'aide d'un nombre moyen de 7.25 ($\acute{E}.T. = 3.12$) personnes au cours du dernier mois alors que les sujets qui ne consultent pas, d'un nombre moyen de 10.08 ($\acute{E}.T. = 4.72$). Cette différence de moyenne de presque trois personnes est statistiquement significative ($F(1) = 6.08, p < .05$).

Tableau 6
Différences de moyennes entre les consultants et les non-consultants sur
les variables du soutien social (n=50)

Variables	Groupe		<i>F</i>
	Consultants (n=25)	Non-consultants (n=25)	
Ressources perçues de soutien informel (nombre de personnes disponibles)	10.17 (3.64)	14.96 (9.78)	5.08*
Soutien informel reçu au cours du dernier mois (nombre de personnes)	7.25 (3.12)	10.08 (4.72)	6.08*
Niveau de satisfaction de l'aide reçue du réseau (en général)	23.25 (4.16)	25.28 (4.72)	2.54
Nombre de personnes à qui ils ont parlé de leur problème	2.20 (1.44)	5.32 (3.42)	17.91***

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

La troisième partie de l'hypothèse énonce que les consultants sont moins satisfaits du soutien qu'ils reçoivent de leur réseau que les non-consultants. Les résultats ne supportent pas cette hypothèse. Même si le niveau de satisfaction moyen des sujets du groupe expérimental est de 23.25 ($\bar{E.T.} = 4.16$) et celui du groupe contrôle de 25.28 ($\bar{E.T.} = 4.72$), la différence n'est pas significative statistiquement ($F(1) = 2.54$, $p > .05$). La quatrième partie de l'hypothèse indique que les étudiants qui recherchent de l'aide ont moins fréquemment parlé de leurs problèmes à un membre de leur réseau ainsi qu'à un nombre moindre de personnes que les étudiants qui ne recherchent pas d'aide. D'après

l'analyse du Chi-deux effectuée, la première partie de ce dernier énoncé n'est pas vérifiée, en ce sens que 21 des 25 consultants (84%) ont parlé de leurs problèmes à un membre de leur réseau alors que 24 des 25 non-consultants (96%) en ont fait autant, différence qui n'est pas significative statistiquement ($X^2(1, 50) = 2.00, p > .05$). Toutefois, la deuxième section de l'énoncé est confirmée en ce que les étudiants qui recherchent de l'aide ont parlé de leurs problèmes à un nombre moyen de 2.20 ($\text{É.T.} = 1.44$) personnes comparativement à 5.32 ($\text{É.T.} = 3.42$) pour les étudiants qui ne recherchent pas d'aide. L'analyse de variance révèle que cette différence de moyenne est significative ($F(1) = 17.91, p < .001$).

Analyses Secondaires

À partir des analyses statistiques menées dans la vérification des hypothèses, nous avons trouvé des résultats probants concernant le soutien social. Ainsi, afin de pousser plus à fond notre compréhension de l'influence du soutien social sur la recherche d'aide et ce, du fait que cette variable semble particulièrement importante, nous avons effectué d'autres analyses plus détaillées sur les sous-échelles de la mesure du soutien social utilisée dans cette étude (ASSIS). Pour ce faire, nous avons suivi la démarche de Goodman, Sewell et Jampol (1984) ayant utilisé dans leur recherche, portant sur une population d'étudiants universitaires de consultants et de non-consultants, un instrument qui est une adaptation du *Arizona Social Support Interview Schedule* (Barrera, 1980, 1981). Nous avons exploré les différences de moyennes entre les consultants et les non-consultants concernant les besoins en soutien social, variable assez peu étudiée, les ressources potentiellement disponibles ainsi que l'aide reçue au cours du dernier mois relativement à six types d'aide, soit: 1) l'aide matérielle, 2) l'assistance physique, 3) les

interactions intimes, 4) les guides et conseils, 5) les encouragements et 6) la socialisation. Pour ce faire, nous avons utilisé des analyses de test-t à groupes indépendants. Le choix de ce type d'analyse, plutôt qu'une analyse de variance multivariée de type MANOVA qui nous aurait permis de considérer l'influence de l'ensemble des variables plutôt qu'une seule à la fois, est motivé par le fait que notre échantillon contient un nombre restreint de sujets ($n=50$) ce qui réduit le pouvoir statistique que nous possédons dans l'évaluation d'un tel nombre de dimensions. Le Tableau 7 présente les résultats.

On remarque d'abord que les sujets du groupe expérimental ($M = 22.00$, $É.T. = 3.28$) ne présentent pas une différence de moyenne significative avec les sujets du groupe de comparaison ($M = 21.56$, $É.T. = 2.49$) en ce qui a trait aux besoins en soutien social. De plus, nous pouvons constater que les sujets du groupe expérimental possèdent en moyenne, et d'une manière générale, moins de ressources potentielles et ont reçu au cours du dernier mois de l'aide d'un plus petit nombre de personnes que les étudiants du groupe de comparaison. Toutefois, les différences de moyenne observées ne sont pas toutes significatives. À partir des résultats significatifs, on remarque tout d'abord que dans la catégorie de l'assistance physique, les consultants possèdent moins de ressources potentielles pouvant leur fournir ce type d'aide ($M = 4.12$, $É.T. = 2.11$) que les non-consultants ($M = 8.16$, $É.T. = 5.21$) ($t(31.65) = 3.59$, $p < .001$).

Tableau 7

Différences de moyennes entre consultants et non-consultants sur les
six types de soutien social (n=50)

Variables	Groupe		<i>t</i>
	Consultants (n=25)	Non-consultants (n=25)	
Besoins en soutien social	22.00 (3.28)	21.56 (2.49)	.53
Aide matérielle			
Potentiel	3.20 (2.12)	5.12 (4.75)	1.85
Reçu	1.52 (.82)	1.64 (1.15)	.42
Assistance physique			
Potentiel	4.12 (2.11)	8.16 (5.21)	3.59***
Reçu	1.64 (1.35)	2.20 (2.08)	1.13
Soutien émotif			
Potentiel	2.88 (1.81)	5.12 (2.65)	3.49***
Reçu	2.16 (1.55)	3.12 (1.79)	2.03*
Guides et conseils			
Potentiel	3.83 (2.08)	4.60 (2.60)	1.14
Reçu	2.25 (1.19)	2.76 (2.55)	.90
Encouragements			
Potentiel	2.96 (1.85)	6.00 (2.81)	4.45***
Reçu	2.21 (1.47)	4.68 (2.55)	4.18***
Socialisation			
Potentiel	6.50 (3.73)	9.68 (8.05)	1.76
Reçu	4.42 (2.99)	7.16 (5.09)	2.31*

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

Il en va de même pour le soutien émotif, où les étudiants qui recherchent de l'aide ont, en moyenne, moins de ressources disponibles pour se confier ($M = 2.88$, $\acute{E}.T. = 1.81$) que ceux qui ne recherchent pas d'aide ($M = 5.12$, $\acute{E}.T. = 2.65$) ($t(48) = 3.49$, $p < .001$) et ont eu des interactions intimes avec moins de personnes au cours du dernier mois ($M = 2.16$, $\acute{E}.T. = 1.55$) que les non-consultants ($M = 3.12$, $\acute{E}.T. = 1.79$) ($t(48) = 2.03$, $p < .05$). Pour ce qui est des encouragements, les sujets du groupe expérimental possèdent moins de ressources potentielles à cet effet ($M = 2.96$, $\acute{E}.T. = 1.85$) que ceux du groupe contrôle ($M = 6.00$, $\acute{E}.T. = 2.81$) ($t(47) = 4.45$, $p < .001$) et ont reçu ce type de rétroaction positive d'un plus petit nombre de personnes au cours du dernier mois ($M = 2.21$, $\acute{E}.T. = 1.47$) comparativement aux étudiants qui ne recherchent pas d'aide ($M = 4.68$, $\acute{E}.T. = 2.55$) ($t(38.76) = 4.18$, $p < .001$). Enfin, bien que les consultants ne diffèrent pas significativement des non-consultants en ce qui concerne les ressources potentielles de socialisation, ils ont cependant fait ce genre d'activités, en moyenne, avec un nombre plus restreint de personnes au cours du dernier mois ($M = 4.42$, $\acute{E}.T. = 2.99$) que les étudiants ne recherchant pas d'aide ($M = 7.16$, $\acute{E}.T. = 5.09$) ($t(39.10) = 2.31$, $p < .05$).

Discussion

Le quatrième chapitre de ce mémoire se divise en trois sections. Après un bref rappel des objectifs de la recherche, nous allons d'abord discuter des résultats obtenus conformément à la question de recherche et aux hypothèses en faisant des liens avec les connaissances actuelles du domaine étudié. Par la suite, il sera question des retombées possibles de l'étude ainsi que de ses applications en milieu universitaire. Enfin, la troisième partie sera consacrée à la critique de la méthodologie utilisée ainsi que des forces et faiblesses de l'étude, où nous ferons également un examen de sa validité et du degré de généralisation des résultats.

Portrait Clinique des Étudiants Consultants

Le premier objectif de cette étude est d'*explorer* la situation clinique particulière des étudiants universitaires qui consultent au Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Nous cherchons à approfondir notre compréhension de cette population en se questionnant sur *quelles sont les principales problématiques rapportées?*.

Nos résultats démontrent d'abord qu'une proportion considérablement plus élevée de femmes que d'hommes utilise le Service de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. En effet, des 93 demandes d'aide psychologique pour la session d'automne 1998, 65 (70%) sont faites par des femmes contre seulement 28 (30%) par des hommes. Il en va de même au sein de l'échantillon d'étudiants consultants ayant participé à l'étude, où sur 25 sujets on retrouve 19 femmes (76%) pour 6 hommes (24%). Ces

données sont cohérentes avec les fréquences d'environ deux pour un en faveur des femmes retrouvées dans la littérature scientifique au sujet de la recherche d'aide. Lorsqu'on examine le rapport de Santé Québec (1995) ainsi que d'autres travaux à ce sujet on peut remarquer que les femmes utilisent les services de santé environ deux fois plus que les hommes (Boucher, 1984; Dulac, 1997; Heppner et al., 1994; Horwitz, 1987; Johnson, 1988; McMullin et Gross, 1983; Wills et DePaulo, 1991). Cette disproportion nous a donc mené à opérer un contrôle sur ce phénomène bien connu.

Les auteurs tendent généralement à expliquer cet état de choses non pas seulement par la constitution biologique des hommes et des femmes, mais plutôt par l'effet des rôles sexuels attribués aux sexes par la société. Ainsi, O'Neil (1990) explique que les rôles traditionnels associés aux hommes entraînent une certaine crainte de la féminité en ce sens qu'il serait plus acceptable socialement pour les femmes de s'ouvrir à propos d'une faiblesse ou d'une difficulté et de demander de l'aide. Le rôle sexuel masculin serait associé davantage au succès, à la compétence, au pouvoir, à la compétition et à l'autonomie ce qui se révèle incohérent avec le fait de demander de l'aide et ce, contrairement aux femmes pour qui la dépendance et la vulnérabilité serait plus acceptable. Good, Dell et Mintz (1989) affirment que la socialisation de l'homme en ce sens donne le message qu'il est moins adéquat pour lui d'exprimer ses émotions ce qui le rendrait plus réticent à rechercher de l'aide, et particulièrement pour des troubles d'ordre psychologique (voir aussi Dulac, 1997). D'autres auteurs expliquent que les femmes: 1) seraient davantage enclines à accepter, à avouer et à s'ouvrir à propos de leurs problèmes, 2) auraient des attitudes plus positives à l'égard de la demande d'aide et 3) seraient plus susceptibles de définir rapidement leurs symptômes comme problématiques et plus sévères que les hommes

(Blazina et Watkins, 1996; Johnson, 1988; McMullin et Gross, 1983; Robertson et Fitzgerald, 1992).

Par ailleurs, nous avons observé dans cette étude des niveaux significativement élevés de détresse psychologique chez la population de consultants. Les données indiquent un pointage moyen de 30.80 sur l'échelle de détresse utilisée dans cette recherche. Ce niveau de détresse nous permet d'affirmer que ce groupe d'étudiants présente un niveau de détresse «élevé» car pour le groupe d'âge 20 à 24 ans, le seuil établi dans l'Enquête Santé Québec (Boyer, Prévile, Légaré et Valois, 1993) est de 28.6. Ce résultat n'est pas surprenant du fait que nous avons affaire à une population clinique, mais il est cependant inquiétant de constater que le groupe de comparaison constitué de non-consultants, donc d'individus qui ne recherchent pas d'aide et qui ont été aisément accessible parmi les étudiants au baccalauréat en psychologie, présente un niveau de détresse psychologique à peu près équivalent (29.88). Ainsi, bien que nous avons exercé un contrôle sur cette variable, il est important de s'arrêter brièvement sur le phénomène selon lequel on retrouve des niveaux élevés de détresse psychologique chez les étudiants universitaires. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, plusieurs auteurs sont arrivés à des conclusions semblables où ils ont trouvé des niveaux élevés de détresse au sein de leurs échantillons (Heppner et al., 1994; Mechanic et Greenley, 1976; Sher, Wood et Gotham, 1996).

Mechanic et Greenley (1976) relatent que les hauts niveaux de détresse souvent rencontrés chez cette population reflètent généralement le contrecoup des demandes du milieu, des pressions interpersonnelles et des incertitudes caractéristiques de ce stade du cycle de vie. Sher, Wood et Gotham (1996) affirment pour leur part que l'adaptation au

stade développemental du jeune adulte ainsi qu'à ce milieu scolaire entraîne chez plusieurs individus un niveau de détresse significatif. Ainsi, l'entrée dans le monde universitaire présente de nouveaux défis, où les jeunes adultes doivent s'adapter à de nouveaux aspects liés aux domaines intellectuels et interpersonnels (Johnson, Ellison et Heikkinen, 1989). L'étudiant universitaire se retrouve donc dans un milieu où le rendement et la performance sont la règle et où la réussite ou l'échec scolaire influencera les choix de carrière qui s'ouvriront à lui. Ces résultats confirment aussi ceux de Picard (1997) qui montre que le milieu universitaire serait l'un des plus stressants qui soit.

Dans cette recherche nous avons également exploré les problématiques présentées par les étudiants qui consultent le Service de psychologie de l'UQTR. Bien que les sujets de l'échantillon présentent une variété de troubles, nos résultats révèlent qu'il existe trois catégories de troubles pour lesquels une proportion considérable d'étudiants consulte. On remarque particulièrement la présence de troubles de l'humeur (dépression majeure, dysthymie, hypomanie, etc.), de troubles anxieux (anxiété généralisée, trouble panique, phobies, trouble obsessionnel-compulsif, etc.) ainsi que de problèmes relationnels (troubles de personnalité). Les auteurs américains trouvent sensiblement les mêmes problématiques chez les étudiants qui recherchent de l'aide dans les centres de consultation universitaires (Goodman, Sewell et Jampol, 1984; Johnson, Ellison et Heikkinen, 1989; Pledge et al., 1998). Un autre point intéressant à observer concerne le fait que plusieurs consultants présentent une histoire de troubles de l'humeur (voir tableau 2) alors que les troubles anxieux et de personnalité sont relativement récents ou actuels. Ces résultats concernant le lien entre les troubles de l'humeur passés et actuels sont cohérents avec les résultats de Pine et al. (1999). Ils trouvent que les symptômes importants ou les troubles

de l'humeur à l'adolescence sont de bons prédicteurs de l'émergence d'un trouble dépressif majeur à l'âge adulte. Ainsi, compte tenu que la moyenne d'âge du groupe de consultants est de 24.12 ans, il est fort probable qu'ils aient vécu le ou les épisodes dépressifs passés au cours de l'adolescence ou du moins, en fin d'adolescence.

Par ailleurs, on peut expliquer la fréquence, la sévérité ainsi que les types de troubles présentés par les consultants par deux points. Tout d'abord, les étudiants consultants ayant participé à cette recherche constituaient une population clinique présentant un niveau de détresse sévère, ce qui nous permet de comprendre la haute fréquence et la sévérité des troubles du tableau clinique. De plus, les types de troubles présentés peuvent être élucidés par plusieurs éléments intriqués dans une dynamique globale. En effet, si on s'en remet aux conditions auxquelles les étudiants universitaires sont soumis, il est fort possible que de telles réactions pathologiques, qui sont des échecs dans l'adaptation au milieu, soient la manifestation de symptômes latents qui émergent lorsque le niveau de détresse augmente en réaction à l'influence des multiples stressors. Ainsi, on peut croire que la plupart des troubles rencontrés chez les étudiants sont des troubles *d'adaptation* et ce, du fait que les consultants présentent plusieurs symptômes communs en réaction à un environnement commun. Les problèmes financiers, la lourde charge de travail, la pression pour performer et l'implication pour l'avenir des enjeux psychosociaux associés à cet âge sont autant de facteurs susceptibles de solliciter de l'anxiété. De plus, les étudiants qui s'éloignent de leur famille et de leurs amis en changeant de ville, qui vivent de la solitude et de l'ennui du fait qu'ils ont de la difficulté à s'intégrer au groupe de pairs, qui vivent des difficultés interpersonnelles, des ruptures amoureuses ou qui sont insatisfaits ou surchargés par rapport à leurs études peuvent facilement développer des symptômes dépressifs.

Qui plus est, les problèmes interpersonnels risquent de contribuer de façon significative au *cercle vicieux* qui paraît mener à une inadaptation toujours plus grande au contexte universitaire. Il est connu qu'à l'âge du jeune adulte on voit l'émergence des premières manifestations des troubles de personnalité qui, au cours de l'enfance et de l'adolescence, se sont implantés progressivement au fil de la structuration et de la consolidation de la personnalité de l'individu. C'est alors que de tels troubles caractériels rendent les relations interpersonnelles difficiles, car, c'est la personnalité qui sert d'outil à l'individu dans ses interactions avec les membres de son environnement. Considérant qu'à ce stade de développement un des enjeux importants consiste justement en la capacité de s'unir aux autres (Erikson, 1963, 1972), les individus qui présentent une carence en compétences sociales leur permettant une telle association se retrouvent sans support pour affronter les multiples défis et transitions associés aux tâches de l'étudiant universitaire (Cutrona, 1990; Jackson et Cochran, 1990, Thoits, 1986). Or, cette inadaptation pouvant devenir chronique entraîne des répercussion sérieuses sur la disponibilité émotionnelle et cognitive qui jouent un rôle important dans l'apprentissage et la performance scolaire, ce qui en retour a un impact sur l'état psychologique de la personne.

D'ailleurs, Pledge et al. (1998) arrivent à la conclusion qu'il semble exister une relation entre la détresse psychologique et l'incapacité de fonctionner adéquatement au sein du milieu académique. Ils stipulent que les étudiants sous le joug d'une forte détresse risquent d'avoir de la difficulté ou même d'être incapables de fonctionner dans le milieu universitaire. Brackney et Karabenick (1995) mènent une étude auprès d'une population représentative d'étudiants universitaires américains et ce, afin d'examiner l'influence de la psychopathologie (mesurée par le Ego strength scale du MMPI et le Beck Depressive

Inventory-BDI) sur la performance académique. Ils tiennent l'hypothèse que la psychopathologie aurait un effet négatif sur la performance académique en interférant avec l'utilisation efficace de stratégies d'apprentissage, de gestion des ressources personnelles et environnementales et en diminuant la motivation des étudiants. Or, ils suggèrent par le fait même une relation indirecte entre la psychopathologie et la performance académique, en ce sens que la pathologie influencerait les déterminants cognitifs et motivationnels intermédiaires de l'apprentissage qui eux, seraient directement reliés à la performance académique. Leurs résultats confirment l'hypothèse selon laquelle la psychopathologie aurait un effet indirect sur la performance scolaire en vertu de son impact sur l'efficacité personnelle (reliée à l'utilisation de stratégies d'apprentissage cognitives, métacognitives et à la gestion des ressources) et sur la motivation des étudiants.

Une autre étude, effectuée par Catanzaro (1996), vise à comprendre l'influence que peut avoir la détresse psychologique (mesurée à partir du Beck Depressive Inventory-BDI ainsi que le State Anxiety Inventory-SAI) sur la performance à un examen important chez des étudiants universitaires américains. De plus, l'étude considère une autre variable, soit, *le négative mood regulation* qui correspond au niveau de croyance (fort, moyen, faible) qu'une personne peut avoir concernant son habileté à alléger ou même à mettre fin à un état émotif négatif. Or, cet auteur trouve que les symptômes dépressifs en général sont associés à une faible performance à l'examen alors que le niveau d'anxiété est négativement associé à la performance à l'examen, mais seulement pour les individus qui rapportent de faibles croyances en leur capacité à gérer l'intensité de leurs émotions négatives. Ainsi, on constate à partir de ces résultats que des symptômes de dépression et d'anxiété risquent d'affecter négativement la performance académique et ce, surtout chez les étudiants plus vulnérables ayant de la difficulté à gérer leurs émotions.

On voit alors l'ébauche d'un *cercle vicieux* qui, lorsque la détresse psychologique ou les troubles mentaux sont présents, peut amener les individus à devenir dysfonctionnels dans plusieurs sphères d'activité ce qui dans certains cas *peut* déclencher un processus de recherche d'aide.

La Recherche d'Aide Psychologique

Mais qu'est-ce qui détermine que certains étudiants demandent de l'aide lorsqu'ils vivent des troubles d'ordre psychologique et d'autres non? À partir d'un modèle théorique permettant de dégager trois catégories de facteurs susceptibles d'influer le processus de recherche d'aide, soit les données 1) socio-démographiques, 2) propres à la personne et 3) environnementales (Tijhuis, Peters et Foets, 1990), nous explorons l'impact de cinq variables spécifiques sur la demande d'aide.

En un premier temps, l'étude cherche à vérifier si le fait d'avoir eu des contacts antérieurs avec des professionnels de la santé mentale augmente la probabilité d'un recours à des sources d'aide formelles par des étudiants souffrant de troubles psychologiques. Les présents résultats ne révèlent aucune différence significative entre les consultants et les non-consultants sur cette variable. Ces données ne sont pas en accord avec les recherches actuelles à ce sujet. En effet, nous avons vu que les auteurs constatent généralement que les individus sont plus susceptibles de rechercher de l'aide auprès d'un professionnel de la santé mentale lorsqu'ils en ont besoin s'ils ont déjà eu un contact antérieur avec un tel professionnel (Figuerola, Calhoun et Ford, 1985; Goodman, Sewell et Jampol, 1984; Robbins et Greenley, 1983; Tijhuis, Peters et Foets, 1990). Les auteurs tendent à expliquer que bien que ce genre de résultats peut indiquer une plus grande fréquence de

psychopathologie chez ces familles, il peut également être garant d'une attitude plus positive ou plus ouverte de ces personnes à l'égard de la recherche d'aide.

Les résultats divergents de la présente recherche peuvent d'abord être expliqués à partir de la population à l'étude. Les étudiants universitaires possèdent généralement un niveau d'éducation plus élevé que la population générale ce qui fait en sorte que, d'une part, ils risquent d'être davantage informés des ressources qui leurs sont accessibles et, d'autre part, plus ouverts aux bienfaits qu'une aide professionnelle peut leur apporter. C'est alors que peu importe s'ils ont eu ou non une expérience antérieure avec des professionnels de la santé mentale, ce pourrait être davantage la connaissance de l'existence des ressources et la compréhension des circonstances personnelles dans lesquelles il pourrait être avantageux pour eux d'avoir recours à une telle aide qui se révèle important. Par ailleurs, il est également possible que le simple fait d'avoir eu un contact antérieur ne soit pas suffisant pour favoriser une démarche ultérieure en cas de besoin, où ce serait davantage la qualité du contact qui se révélerait cruciale. En effet, il est concevable que dans certaines circonstances où les expériences passées avec des professionnels de la santé mentale ont été négatives, la recherche d'aide risque d'être différée. On voit donc que l'efficacité ainsi que la satisfaction perçues de l'aide reçue dans le passé soient des variables qui revêtent une importance plus grande que le nombre de contacts antérieurs comme tel.

En un deuxième temps, cette recherche vise à comprendre l'influence de la manière dont l'étudiant conçoit les causes de son problème ainsi que sa perception de contrôle sur le fait de rechercher de l'aide professionnelle. Conformément à la littérature scientifique dans ce domaine, il était postulé que les individus devraient considérer les causes de leurs difficultés comme étant davantage internes, stables, incontrôlables et rapporter des niveaux

plus bas de perception de contrôle que les non-consultants. Les résultats indiquent que seule la dimension attributionnelle de la stabilité des causes se révèle significative, où les étudiants consultants perçoivent les causes de leurs problèmes comme plus stables que les non-consultants. Cependant, il est intéressant de constater que malgré le fait qu'ils ne soient pas significatifs, l'ensemble des résultats vont dans le même sens que la plupart des recherches dans le domaine (Robbins et Greenley, 1983; Rubio et Lubin, 1986; Simoni, Adelman et Nelson, 1991; Wills et DePaulo, 1991).

Les étudiants qui considèrent que les causes de leurs problèmes sont internes s'approprient par le fait même la responsabilité de leurs difficultés. À ce moment, il est plus probable qu'ils seront portés à agir pour solutionner ceux-ci et ce, contrairement aux individus pour qui les causes ne leur appartiennent pas (attributions externes) (Simoni, Adelman et Nelson, 1991). De plus, les individus qui perçoivent les causes de leurs problèmes comme stables sont davantage susceptibles de solliciter de l'aide, car, cela peut traduire un échec dans les tentatives de résolution. Lorsqu'un problème, dont on prend la responsabilité, persiste malgré les efforts déployés pour améliorer la situation, sa stabilité peut diminuer la motivation de la personne à continuer à investir de tels efforts personnels en vue de sa résolution et par conséquent, lui indiquer qu'une aide extérieure est devenue *nécessaire* et non seulement *facultative* (Dulac, 1997). Il en va de même pour ce qui est de la contrôlabilité des causes ainsi que de la perception de contrôle, où l'individu peut en venir à sentir qu'il n'arrive pas à gérer seul la situation compromettante dans laquelle il se trouve. Ainsi, pourquoi demander de l'aide lorsqu'on perçoit que nous contrôlons les causes de nos difficultés ou que nous possédons un contrôle sur ce qui nous arrive? Il est par conséquent beaucoup plus probable qu'une personne qui sent que les variables de la situation lui échappent soit portée à rechercher de l'aide. Enfin, le fait qu'une seule

dimension attributionnelle (stabilité) se soit révélée significative peut s'expliquer par l'échantillon restreint à l'étude ($n=50$). En fait, il se peut qu'avec un plus grand nombre de sujets, donnant ainsi aux analyses statistiques plus de puissance, nous aurions pu observer des différences plus nettes ainsi que plus significatives entre les consultants et les non-consultants sur ces variables. Le calcul de puissance (.54) montre que l'échantillon de 50 participants (25 par groupe) rend difficile de déceler un effet moyen à un seuil de 0.05. D'autres considérations relatives à l'instrument utilisé sont discutées plus loin.

Par ailleurs, les résultats relatifs à l'estime de soi ne sont pas concluants. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes en ce qui a trait à l'influence de la perception de soi sur le fait de rechercher de l'aide professionnelle pour des troubles d'ordre psychologique. Lors du relevé de littérature à ce sujet, nous avons constaté qu'il existait deux hypothèses contradictoires, soit, l'hypothèse de la vulnérabilité et l'hypothèse de la cohérence (Nadler, 1983, 1990). Dans la présente recherche, cette contradiction théorique n'a pu être élucidée. Pour expliquer ces résultats, il est possible de se référer au fait que la population étudiée est restreinte, ce qui en revanche ne permet pas de comprendre statistiquement ce phénomène qui, déjà dans la littérature au sein d'échantillons plus grands, n'est pas clair. Toutefois, ce n'est pas la meilleure explication car le type d'analyses que nous avons mené sur cette variable est adéquat par rapport au nombre de sujets. Une autre explication est cependant proposée. Elle réfère à la comparaison sociale et au fait qu'on évaluait par la mesure de l'estime de soi une caractéristique centrale au moi, ce qui pouvait être menaçant pour les individus. En effet, bien que le fait de rechercher de l'aide comme tel puisse se révéler menaçant, il risque d'en être de même lorsqu'une personne doit s'ouvrir à une autre à propos de sa perception d'elle-même.

Ainsi, considérant que les entrevues semi-structurées de cette étude ont été menées par deux étudiants à la maîtrise ayant à peu près le même âge et la même position sociale que les participants, donc des caractéristiques sociales et psychologiques similaires, il est probable qu'il était plus menaçant et même gênant pour les sujets d'affirmer posséder une faible estime de soi (ce qui peut donner l'image d'être inadéquat ou inférieur) à un intervieweur à qui ils pouvaient se comparer, qu'à une personne avec qui la possibilité de comparaison aurait été moins évidente. De plus, le fait que la majorité des entrevues aient été menées par des hommes à l'endroit de femmes (75% des participants de l'échantillon total étaient de sexe féminin) a pu faire intervenir un élément défensif où les sujets étaient possiblement réticents à se présenter sous un «mauvais jour» en affirmant posséder une faible estime de soi. Ces explications, qui sont en accord avec les données des écrits scientifiques relatives à la menace à l'estime de soi et à la comparaison sociale (Nadler, 1983, 1990; Nadler et Mayseless, 1983; Stewart, 1989), sont également cohérentes avec le fait que les participants des deux groupes dans la présente recherche rapportent des niveaux relativement élevés et à peu près équivalents d'estime de soi, niveaux qui risquent d'être davantage défensifs que réels (Nadler, 1983).

Les résultats concernant le réseau de soutien social sont les plus probants. Tout d'abord, il a été trouvé que la grande majorité des sujets (84%) de l'échantillon de consultants ont eu recours à un membre de leur réseau social pour discuter de leurs difficultés avant de rechercher de l'aide formelle, et où 96% des sujets du groupe contrôle ont fait de même. Bien que ce résultat ne soit pas dans le sens de l'hypothèse énoncée à cet effet, qui cherchait davantage à voir la disponibilité de sources informelles à qui les étudiants pouvaient discuter de leur problème spécifique rapporté en entrevue, il est en accord avec les résultats des auteurs qui constatent que, d'une manière générale, les individus sollicitent des sources d'aide informelles disponibles bien avant des ressources

formelles lorsqu'ils souffrent de troubles d'ordre psychologique (Rickwood et Braithwaite, 1994; Robbins et Tanck, 1994; Saunders, 1996). Ces résultats sont également cohérents avec le modèle pyramidal de la recherche d'aide (Wills et DePaulo, 1991).

Certains auteurs stipulent que la détresse psychologique associée aux stressors de la vie sert de déclencheur au processus de recherche d'aide vers des sources informelles, et que ce serait la souffrance d'une carence en soutien social ajoutant à la détresse émotionnelle vécue qui mènerait donc à la recherche d'aide professionnelle (Cohen et Wills, 1985; Wills et DePaulo, 1991). Selon cette explication, ce serait l'augmentation du niveau de détresse en réaction aux stressors et au manque de ressources sociales qui précipiterait la recherche d'aide formelle. Donc, on explique davantage l'effet du soutien sur le niveau de détresse que sur la recherche d'aide comme telle. Cependant, dans la présente étude, en exerçant un contrôle sur le niveau de détresse psychologique des participants, nous éliminons le rôle des événements stressants et leur conséquence première, soit l'augmentation du niveau de détresse chez l'individu. Ce contrôle permet d'isoler l'effet du soutien social sur la recherche d'aide peu importe les stressors ou la détresse. Avec le résultat obtenu ici, on voit que la majorité des consultants, comme les non-consultants, possèdent au moins une source d'aide informelle à laquelle ils peuvent recourir, mais ce serait possiblement davantage la disponibilité de plusieurs sources différentes qui pourrait influencer la démarche de recherche d'aide professionnelle comme telle peu importe le niveau de détresse.

D'autres auteurs tendent à expliquer que c'est la non disponibilité d'une grande variété de ressources informelles qui semble décisif dans la décision de se diriger vers des sources d'aide professionnelles et ce, peu importe le nombre d'événements négatifs ou le

niveau de stress vécus. En effet, Sherbourne (1988) relate à partir des résultats de sa recherche que plus il y a de ressources sociales disponibles pour une personne, moins elle sera portée à utiliser les services professionnels et ce, peu importe l'expérience faite par la personne d'événements de vie stressants. Goodman, Sewell et Jampol (1984) abondent dans le même sens en avançant qu'étant donné un nombre égal d'événements stressants (considérant que le niveau de souffrance est le même car il ne fut pas évalué quantitativement dans cette étude), la probabilité de la recherche d'aide formelle augmente au fur et à mesure que la perception de posséder une variété de ressources informelles potentielles et d'avoir reçu de l'aide au cours du dernier mois d'un grand nombre d'individus diminue. Les résultats tendent à confirmer ces dernières conclusions. On constate qu'à des niveaux de détresse psychologique équivalents, les consultants possèdent moins de ressources potentielles de soutien informel et ont reçu de l'aide au cours du dernier mois d'un plus petit nombre de ressources que les non-consultants. De plus, bien que la majorité des participants de l'échantillon aient parlé à au moins un membre de leur réseau de leurs difficultés spécifiques, on remarque que les individus qui ne recherchent pas d'aide ont également parlé de leurs problèmes à un plus grand nombre de ressources que les consultants. Ainsi, il appert que ce soit effectivement la perception de la disponibilité ainsi que l'utilisation d'une plus grande variété de ressources sociales qui influence le plus la recherche d'aide professionnelle plutôt qu'une autre variable telle, par exemple, la satisfaction perçue du soutien reçu (Sarason et al., 1983), car, nous n'avons trouvé aucune différence significative entre les groupes sur cette variable.

Des analyses secondaires ont permis d'explorer d'autres faits importants relativement au soutien social. Tout d'abord, nous voyons que les consultants ne diffèrent pas des non-consultants en ce qui a trait aux besoins en soutien social. Ce résultat est

intéressant car il indique que non seulement les deux groupes présentent un niveau de détresse similaire, mais leurs besoins le sont également. Or, une explication de ce phénomène peut être que le haut niveau de détresse rencontré chez les deux groupes d'étudiants (consultants, non-consultants) entraîne certains besoins spécifiques qui, lorsqu'ils sont comblés par des ressources sociales adéquates, permet à l'individu de *gérer* sa détresse ce qui diffère le besoin d'avoir recours à une aide formelle. Ces faits sont cohérents avec une hypothèse sur le rôle du soutien social dans la recherche d'aide étudiée par Cutrona (1990) nommée le «*matching hypothesis*» qui avance que différentes situations déclenchent des besoins spécifiques qui doivent être comblés par des types de soutien spécifiques, et où les ressources sociales ne sont efficaces et ne contribuent à l'adaptation de l'individu que dans la mesure où il y a correspondance entre ces deux éléments. Par conséquent, nous avons également examiné quels types de soutien spécifiques contribuent davantage à diminuer la recherche d'aide formelle. En effet, la conclusion selon laquelle une plus grande variété de soutiens diminue le besoin d'aide formelle peut aussi impliquer que différents types de ressources informelles servent à différents besoins chez les individus. Pour certains, ces besoins ne sont pas comblés par les membres de leur réseau ce qui oriente possiblement la personne vers des ressources professionnelles.

À partir d'un instrument qui est une adaptation de celui utilisé dans la présente étude, Goodman, Sewell et Jampol (1984) explorent les types de soutien qui risquent de contribuer à diminuer le besoin de solliciter de l'aide formelle pour des problèmes psychologiques. Ils trouvent que la disponibilité de l'aide matérielle, la disponibilité et l'utilisation dans le dernier mois de l'assistance physique, des guides et conseils, des rétroactions (encouragements) et de la participation sociale (socialisation) diminuent le besoin d'aide formelle, alors qu'une déficience en ces dernières sources de soutien peut contribuer à la recherche d'aide professionnelle. Pour notre part, on constate que la

disponibilité d'une assistance physique, la disponibilité et l'utilisation de ressources permettant d'avoir du soutien émotionnel et de l'encouragement ainsi que l'utilisation de ressources de socialisation diminue la recherche d'aide psychologique professionnelle.

Or, bien que ces résultats diffèrent quelque peu de ceux de Goodman, Sewell et Jampol (1984), ils sont tout de même révélateurs. En effet, si on considère la situation et les enjeux développementaux spécifiques des étudiants universitaires tels qu'exposés plus haut, on remarque qu'il est possiblement sécurisant de savoir qu'il existe des ressources disponibles pour de l'assistance physique en cas de besoin et ce, même si elles ne sont pas utilisées. De plus, on constate l'importance d'avoir la possibilité de se confier et d'entretenir des propos intimes avec certains membres de notre environnement social lorsqu'on vit des moments difficiles, par exemple des difficultés académiques, ce qui est d'ailleurs souligné par d'autres auteurs (Cutrona, 1990; Goodman, Sewell et Jampol, 1984; Jackson et Cochran, 1990; Rickwood et Braithwaite, 1994; Sherbourne, 1988; Thoits, 1986). Qui plus est, les encouragements dans les études ainsi qu'au cours de la transition vers le monde adulte paraissent se révéler importants, ainsi que d'avoir l'occasion de faire des activités de socialisation qui tiennent probablement lieu d'exutoires aux tensions engendrées par les études universitaires. Il est facile d'observer ce besoin de relâchement à la fin des sessions ou aux activités comme le carnaval étudiant par exemple. On voit donc qu'en précisant les types de soutien qui sont disponibles et utilisés par les étudiants certains besoins paraissent émerger comme prégnants, besoins qui semblent cohérents avec la situation spécifique des universitaires.

Bref, on constate que chez des étudiants qui vivent des niveaux de détresse psychologique comparables et qui manifestent des besoins quantitatifs similaires, la

présence de ressources variées pouvant servir des fonctions spécifiques risque d'aider à la gestion de la détresse psychologique engendrée par les conditions du milieu et contribuer à diminuer les chances de recourir à de l'aide formelle. Toutefois, il peut être envisagé que le soutien fourni par le réseau social n'est pas nécessairement toujours bénéfique, car, il peut dans certains cas empêcher certaines personnes d'avoir recours à de l'aide professionnelle dont ils ont besoin ou même augmenter la détresse si les problèmes de la personne concernent des difficultés interpersonnelles avec des membres du réseau (p.ex, troubles de personnalité). Ainsi, il est possible que dans certains cas, l'absence de ressources sociales adéquates soit directement relié au type de problème vécu.

Retombées Pratiques et Applications

Les retombées pratiques et les applications en milieu universitaire de cette recherche sont multiples. Tout d'abord, la recension des écrits de cette étude permet d'approfondir notre compréhension théorique des enjeux développementaux vécus par les jeunes adultes, mais également d'avoir une meilleure connaissance des tâches et des défis qui font partie de la vie dans le monde universitaire. Plus spécifiquement, on comprend que l'étudiant doit déployer des efforts considérables dans ses activités scolaires et ce, en plus de s'adapter aux nouvelles réalités de la vie adulte et du milieu, et que ses compétences interpersonnelles lui permettent de construire un réseau social adéquat vers lequel il peut se tourner en cas de difficultés. C'est à partir d'une telle compréhension qu'on peut espérer préciser l'image qu'on se fait de l'étudiant universitaire en interaction avec son environnement, ainsi que des stressors psychosociaux qui l'assaillent au cours de cette transition vers le monde adulte. Au niveau pratique, ces connaissances donneront l'occasion d'orienter l'intervention vers les problématiques spécifiques à cette population, soit les enjeux propres à la performance académique et aux relations interpersonnelles.

Ensuite, en ce qui a trait au portrait clinique des étudiants, cette étude permet de constater des niveaux élevés de détresse psychologique ainsi que des troubles mentaux spécifiques retrouvés chez les universitaires consultants. En effet, on se doit de souligner l'importance de l'évaluation objective et du diagnostic de l'intensité de la souffrance (détresse) à partir d'instruments adéquats et valides. D'ailleurs, la cueillette systématique de ce type d'information par l'implantation d'un programme d'étude longitudinal permettrait, au niveau de la recherche, de mieux connaître et comprendre les clientèles qui consultent aux services de psychologie des universités québécoises ainsi que les principales problématiques rapportées d'années en années. Cette connaissance approfondie des troubles présentés donnerait l'occasion d'orienter les cliniciens des services universitaires de psychologie vers les causes possibles de ces symptômes et, d'autre part, vers les modes d'intervention plus spécialisés à cette clientèle. Un programme d'évaluation et d'intervention conçu spécifiquement pour les étudiants universitaires permettrait donc d'établir, cas par cas, les priorités de traitement selon le trouble présenté et d'améliorer la qualité de l'intervention. Par ailleurs, une meilleure reconnaissance de la sévérité de la détresse psychologique pourrait également permettre aux intervenants de travailler en vue de la gestion d'une crise, pouvant mener à des plans de traitement ciblés à chaque étudiant. Ces mesures permettraient d'améliorer la qualité des services dispensés aux étudiants car ils seraient fondés sur une connaissance plus objective, plus précise et plus complète de leur situation, ainsi que plus adaptés à leurs besoins. De là l'importance et l'utilité d'investir des fonds dans les services psychologiques pour étudiants, en vue d'aider ces jeunes adultes en difficulté à retrouver la voie d'un fonctionnement optimal à l'aube de leur entrée sur le marché du travail.

Pour sa part, l'analyse de la recherche d'aide, par l'entremise de l'étude de variables socio-démographiques, propres à la personne et environnementales, sert deux fonctions. Tout d'abord, elle permet d'approfondir notre connaissance théorique des facteurs internes et externes qui déterminent les individus à demander de l'aide à un professionnel en santé mentale lorsqu'ils souffrent de détresse ou de troubles psychologiques et ce, plutôt que de se limiter à des sources informelles d'aide vers lesquelles la majorité des individus se tournent en premier lieu lorsqu'elles sont disponibles (Wills et DePaulo, 1991). En effet, dans cette étude nous avons constaté que le fait d'être un homme, de percevoir les causes de ses difficultés comme temporaires et de posséder des ressources informelles suffisantes paraît détourner de la recherche d'aide professionnelle. Toutefois, cela ne signifie pas que le besoin d'une telle aide est absent, vu le niveau de détresse élevé retrouvé chez les non-consultants, ce qui pousse à questionner l'influence à moyen et à long terme de ces facteurs sur la santé mentale des individus. Pour la psychologie clinique, bien qu'il soit nécessaire de chercher à augmenter les connaissances théoriques ainsi que les méthodes et techniques d'intervention, il apparaît des plus pertinents de déployer des efforts continus aux fins de la compréhension des facteurs qui influencent l'utilisation des services. En effet, une telle recherche clinique, menée auprès des consultants mais aussi des non-consultants, souligne l'importance de ce type d'étude empirique en vue de tenter d'élucider des phénomènes dynamiques complexes tels le processus de recherche d'aide.

Ensuite, les informations recueillies dans une telle recherche donnent également des pistes d'intervention précises. Par exemple, le fait de se centrer sur les processus cognitifs relatifs aux attributions causales concernant le problème présenté, la perception de soi ainsi que la perception de contrôle permet de comprendre de quelle façon les processus cognitifs chez la personne influencent sa façon de percevoir et de gérer ses difficultés. Or, ceci

permet à l'intervenant de se centrer sur des éléments internes concrets et spécifiques, soit les processus cognitifs de la personne, afin de l'orienter vers des interprétations alternatives de la réalité ainsi qu'une plus grande responsabilisation par rapport à ses difficultés et donc, l'acquisition d'un plus grand contrôle en vue d'un changement durable non seulement au niveau de ses difficultés actuelles, mais aussi au niveau de sa perception des obstacles encourus au cours de son cheminement. Dans cette étude, il est trouvé que les étudiants qui consultent perçoivent les causes de leurs difficultés comme étant stables. Or, l'aspect permanent des causes de tels troubles pour l'individu indique qu'une intervention à plus longue échéance est possiblement nécessaire pour arriver à mettre à jour les déficits profonds qui entretiennent l'état, alors que les problématiques dont les causes sont perçues comme temporaires peuvent mettre sur la piste d'une thérapie centrée sur la gestion de stressseurs ponctuels et l'acquisition d'outils d'adaptation spécifiques.

En outre, l'importance de s'arrêter à l'évaluation du soutien social, mais surtout sur les types de soutien spécifiques qui peuvent être lacunaires chez les étudiants, pourra d'abord permettre de cerner les types de soutiens qui sont les plus bénéfiques ainsi que les besoins dont la frustration peut avoir mené à la recherche d'aide professionnelle. Par exemple, nos résultats laissent entendre que les étudiants semblent surtout avoir besoin de soutien émotionnel et d'encouragements et ce, possiblement afin de gérer l'impact des différents facteurs de stress influençant l'individu dans ce milieu. Par conséquent, l'intervention auprès de ces personnes n'aura pas nécessairement à être directive et curative, car, les résultats indiquent que ces individus ont surtout besoin d'être écoutés et encouragés et ce, que ce soit par leurs pairs ou par l'entremise d'un groupe de soutien. De plus, les résultats concernant le soutien indiquent qu'il pourrait être pertinent de travailler avec la personne dans le but d'améliorer ses compétences sociales car, comme nous l'avons

constaté dans cette étude, ce sont des compétences précieuses qui contribuent à la résolution des enjeux propres au stade développemental auquel est rendu le jeune adulte. Qui plus est, le fait de posséder une grande variété de ressources sociales peut aussi aider à l'adaptation au milieu universitaire et à la gestion des moments difficiles. Donc, une autre piste d'intervention consiste à travailler avec la personne à reconstruire un réseau de support solide ce qui lui permettra de s'entourer de ressources auxquelles il pourra avoir recours en cas de besoin.

Enfin, le premier défi en ce qui a trait à la recherche d'aide et à l'utilisation des services est d'augmenter les campagnes de sensibilisation auprès des étudiants afin qu'ils soient mieux informés de la nature exacte des services et des ressources qui leurs sont disponibles. Pour ce faire, il pourrait être avantageux de se centrer sur les étudiants de première année en faisant mention des ressources dans le document d'information à l'entrée des classes. Une autre possibilité est de faire la promotion des services psychologiques offerts par l'université dans le journal étudiant sur une base régulière.

Forces et Limites de la Recherche

Le principal intérêt de cette étude est qu'elle est la première de son genre à être menée dans le contexte québécois. En effet, elle explore une problématique peu étudiée au Québec, et particulièrement auprès des étudiants universitaires, c'est-à-dire les facteurs qui influencent la recherche d'aide psychologique professionnelle, ce qui en fait une étude originale. Cette recherche contribue donc à faire un premier pas dans la compréhension du phénomène de l'utilisation des services psychologiques professionnels dans le contexte québécois, car elle reflète la réalité des étudiants universitaires québécois et ce, par rapport

aux tendances des étudiants américains qui composent la majorité des études dans le domaine actuellement. Elle souligne également la complexité du phénomène de recherche d'aide et le fait qu'une grande variété de facteurs peuvent l'influencer. Par le fait même, elle ouvre la porte à d'autres recherches. Une autre force est qu'elle s'efforce de mettre en relief la présence d'une détresse psychologique importante ainsi que les troubles mentaux spécifiques à la population universitaire à partir d'entrevues cliniques approfondies et d'instruments diagnostiques solides (SCID I et II). En effet, l'utilisation de la nomenclature du DSM qui est largement reconnue et acceptée permettra une comparaison fiable avec d'autres études cliniques ultérieures du genre. Ce type d'étude permettrait donc de mieux comprendre la situation du jeune adulte universitaire québécois en interaction avec son milieu, ainsi que les conséquences de cette interaction au niveau psychologique. Une dernière force est que de par son schème, cette étude met en valeur l'importance de la recherche clinique centrée sur les processus, menée de façon empirique auprès des consultants, afin d'approfondir la compréhension d'une des différentes populations qui utilisent les services psychologiques.

Par ailleurs, cette étude présente également certaines limites. Une première est qu'elle s'arrête à explorer un nombre limité de variables. En effet, il existe un grand nombre de variables qui influencent le processus de recherche d'aide et qui n'ont pas été abordées ici. Cette recherche ne permet donc pas d'avoir une compréhension d'ensemble du phénomène. Une autre limite est qu'elle porte sur un échantillon restreint d'étudiants, ce qui diminue considérablement la puissance statistique des analyses. Par conséquent, cette étude n'a pu qu'analyser certaines catégories de facteurs de manière indépendante sans pouvoir intégrer tous les facteurs dans une analyse globale afin de voir les phénomènes de

co-variance. Il est alors possible que l'effet de certaines variables ait été influencé par l'effet caché d'une ou de plusieurs autres. Par exemple, il se peut que la disponibilité de ressources sociales ait été influencé par le type de problème présenté, où les individus qui vivent un trouble de personnalité risquent davantage de posséder un réseau social moins étendu ainsi que moins satisfaisant. De plus, l'étude n'a pas été suffisamment longue, ce qui n'a pas permis de constater les variations dans la fréquence des demandes et des niveaux de détresse selon les périodes de l'année (p.ex, durant les examens). Cette variable difficile à contrôler a pu influencer les résultats de la recherche. En outre, vu que la majorité des demandes d'aide au Service de psychologie de l'université aient été faites par des femmes, et que par conséquent l'échantillon était majoritairement composé de femmes, fait en sorte que les résultats de cette étude donnent peu d'indices quant au processus de recherche d'aide chez les hommes. Une dernière limite concerne l'expérience clinique limitée des expérimentateurs. Ainsi, bien que les instruments utilisés pour établir les diagnostics étaient fiables (SCID I et II), le manque d'expérience des évaluateurs a pu influencer les résultats obtenus. Toutefois, la validation interjuge ainsi que la supervision des cas a pu restreindre l'impact de ce facteur.

Somme toute, les résultats de cette recherche sont assez valides. Toutefois, on doit les considérer avec certaines réserves. Il est clair que les réponses données aux questions de recherche ne sont pas exemptes de l'influence de déterminants qui ont pu atteindre à la validité interne de la recherche. Cependant, le contrôle exercé sur le sexe, l'âge ainsi que le niveau détresse psychologique, qui sont des variables dont l'influence sur la recherche d'aide est déjà bien connue, a permis d'obtenir deux groupes relativement semblables en vue de la comparaison. De plus, le fait que tous les participants étaient des étudiants

universitaires à temps complet exerçait un contrôle indirect sur leur situation sociale. Par ailleurs, tous les sujets ont été soumis à la même séquence de passation des instruments de mesure et dans les mêmes conditions, suivant une démarche formelle et standardisée. Donc, les critères de sélection ainsi que la démarche de passation des instruments étaient uniformes. Toutefois, le contingent limité de consultants ayant accepté de participer à l'étude (environ le quart des étudiants ayant fait une demande d'aide au cours de la session d'automne 1998) ne permet pas d'affirmer qu'il reflète sans contredit la réalité de l'ensemble des consultants du service. De surcroît, les trois quarts de l'échantillon étaient des femmes ce qui, comme mentionné plus haut, limite encore les conclusions qu'on peut tirer sur la recherche d'aide chez les hommes.

Au niveau des analyses statistiques, nous nous sommes efforcés de ne pas soumettre les données à des analyses trop poussées, respectant ainsi certaines limites imposées par la validité statistique. Or les résultats, bien qu'obtenus à partir d'analyses plutôt conservatrices, sont assez crédibles compte tenu de la taille de l'échantillon. Des analyses statistiques plus complexes seront nécessaires afin de pousser plus à fond la compréhension du phénomène. Qui plus est, il est à noter que les qualités métrologiques de certains instruments utilisés dans cette recherche sont plutôt moyennes, bien que comparables aux versions originales. Particulièrement en ce qui a trait aux attributions causales, la traduction française du *Causal Dimension Scale* présente une validité acceptable mais un peu faible. De plus, cet instrument comportant trois échelles (internalité, stabilité, contrôlabilité) fut utilisé pour évaluer un problème spécifique rapporté par le consultant au lieu qu'une série de plusieurs énoncés hypothétiques soit évaluée en fonction des trois dimensions comme dans la version originale. Bien que cette méthode d'utilisation de

l'instrument donne un bon indice des cognitions attributionnelles associées à un problème spécifique, il est possible qu'il ne reflète pas nécessairement les tendances attributionnelles *en général* de la personne. Bref, les résultats de cette étude sont valides dans la mesure des considérations que nous venons de discuter, où nous pouvons leur accorder une confiance raisonnable. Mais on doit être prudent quant au degré de généralisation de l'étude en se rappelant qu'elle porte sur une population bien spécifique; c'est-à-dire des étudiants universitaires québécois qui consultent un service de psychologie sur le campus (validité échantillonnale). Par contre, la validité écologique est relativement bonne car le contexte dans lequel l'étude fut menée, c'est-à-dire au Service de psychologie de l'UQTR, est le même que celui où elle veut appliquer ses résultats. Soulignons finalement que les résultats de cette étude sont préliminaires et devront être répliqués.

Conclusion

La présente étude fournit une contribution originale à la recherche québécoise en psychologie. En un premier temps, elle apporte une meilleure compréhension des enjeux propres aux jeunes adultes qui vivent une transition pleine d'implications pour leur avenir. De plus, elle précise la situation particulière des étudiants universitaires ainsi que les tâches spécifiques reliées à l'adaptation à ce milieu. Elle met également en évidence les conséquences psychologiques des multiples défis psychosociaux travaillés par les étudiants en examinant les troubles mentaux rapportés par une population consultante. Enfin, elle explore le phénomène de la recherche d'aide professionnelle et ce, par l'analyse de variables socio-démographiques, personnelles et environnementales où elle confirme essentiellement l'importance du réseau de soutien social dans la gestion des ressources et l'adaptation aux différents stressors associés à cette étape de vie et au milieu universitaire.

Cette étude ouvre des pistes de recherche intéressantes. En effet, d'autres études pourraient chercher à comprendre plus à fond les facteurs qui contribuent à la détresse psychologique chez cette population, ainsi qu'examiner avec plus de détails les troubles psychologiques typiques qui découlent des stressors spécifiques à la vie universitaire au Québec. Pour ce faire, une méthode de diagnostic standardisée basée sur une nomenclature largement acceptée (p.ex, le DSM) permettrait de faire des comparaisons entre les diverses universités québécoises. Par ailleurs, des recherches ultérieures pourraient explorer le phénomène de recherche d'aide et les multiples variables qui l'influencent dans d'autres universités québécoises ainsi que dans des contextes autres qu'universitaires comme, par exemple, au secondaire, dans les milieux de travail ou même au sein de la population

générale. Le recrutement d'un échantillon plus grand et l'utilisation d'analyses statistiques plus complexes donnerait l'occasion de tirer des conclusions plus poussées que la présente étude. En effet, la compréhension des variables influençant l'utilisation des services psychologiques représente un défi d'importance pour la psychologie clinique dans son ensemble. Il pourrait être également intéressant d'approfondir nos connaissances quant à l'influence du type de trouble présenté et la recherche d'aide ou concernant l'influence de types spécifiques de soutien social sur la satisfaction ou la frustration de besoins spécifiques chez les étudiants québécois. Ce type d'étude pourrait fournir des informations pertinentes quant aux types de relations sociales qui sont les plus bénéfiques, ainsi que les plus néfastes, pour les étudiants et contribuer de façon significative à la compréhension de l'impact, positif ou négatif, du soutien social sur la recherche d'aide formelle pour des troubles psychologiques.

Enfin, d'autres recherches pourraient se centrer sur l'élaboration de programmes de formation spécialement conçus pour les psychologues des centres de consultation universitaires, pouvant être davantage axés sur les enjeux et les tâches propres aux jeunes adultes universitaires ainsi que sur l'établissement d'un diagnostic et sur les techniques les plus efficaces dans le traitement de troubles reliés, par exemple, à la dépression, à l'anxiété et aux problèmes interpersonnels (troubles de personnalité). Ce type spécialisé d'intervention, par l'entremise d'une approche plus ciblée par exemple, permettrait de mieux cerner et servir cette population clinique qui présente des besoins propres à leur situation spécifique.

Références

- Barrera, M. Jr. (1980). A methode for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections*, 3(3), 8-13.
- Barrera, M. Jr. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Barrera, M. Jr., Sandler, I.N., & Ramsay, T.B. (1980). Preliminary development of a scale of social support: studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-447.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Blazina, C., & Watkins, C.E. Jr. (1996). Masculine gender role conflict: effects on college men's psychological well-being, chemical substance usage, and attitudes toward help-seeking. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 461-465.
- Bordeleau, L. (1997). Version française du *Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Équipe de l'unité de recherche en neurosciences, Dr. Nicolas Barden (dir.). Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUL), Québec.
- Bosmajian, C.P. Jr., & Mattson, R.E. (1980). A controlled study of variables related to counseling center use. *Journal of counseling psychology*, 27(5), 510-519.
- Bouchard, L., & Morval, M. (1988). Enquête sur le vécu des étudiants et les comportements suicidaires à l'Université de Montréal. *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 7(1), 53-65.
- Boucher, F. (1984). Un portrait de l'étudiant de l'Université de Montréal. *Santé Mentale au Québec*, IX(2), 37-48.
- Boyer, R., Prévile, M., Légaré, G., & Valois, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée: résultats normatifs de l'enquête Santé Québec. *Revue canadienne de psychiatrie*, 38(5), 339-343.

- Brackney, B.E., & Karabenick, S.A. (1995). Psychopathology and academic performance: the role of motivation and learning strategies. *Journal of Counseling Psychology*, 42(4), 456-465.
- Cantor, N., Norem, J., Langston, C., Zirkel, S., Fleeson, W., & Flannagan, C.C. (1991). Life tasks and daily life experience. *Journal of Personality*, 59(3), 425-451.
- Catanzaro, S.J. (1996). Negative mood regulation expectancies, emotional distress, and examination performance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22(10), 1023-1029.
- Chamberlaine, C., Barnes, S., Waring, E.M., Wood, G., & Fry, R. (1989). The rôle of marital intimacy in psychiatric help-seeking. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 3-7.
- Cheatham, H.E., Shelton, T.O., & Ray, W.J. (1987). Race, sex, causal attribution, and help-seeking behavior. *Journal of College Student Personnel*, 28(6), 559-568.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 301-314.
- Cohen, S. (1992). Stress, social support, and disorder. Dans H.O. Veiel, & U.Baumann (Éds), *The Meaning and Measurement of Social Support*. (pp.109-124). New-York: Hemisphere publishing corporation.
- Cohen S., & Wills, T.A. (1985). Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Cutrona, C.E. (1990). Stress and social support: In search of optimal matching. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 9, 3-14.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Rapport de recherche du Groupe d'études appliquées sur la famille de l'Université McGill.
- Epp, J. (1988). Définition de la santé mentale. Dans J. Epp (Éd.), *La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre*, (pp.6-10). Canada. Publication autorisée par le ministre de la santé nationale et du bien-être social.

- Erikson, E.H. (1963). *Enfance et société*. Paris: Delachaux et Niestlé.
- Erikson, E.H. (1972). *Adolescence et crise: la quête de l'identité*. Paris: Flammarion.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton and Co.
- Figueroa, R.H., Calhoun, J.F., & Ford, R. (1985). Student utilisation of university psychological services. *College Student Journal*, 18, 186-196.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II). Part I: Description. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 83-91.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.B.W., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope Jr., H.G., & Rounsaville, B. (1995). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II). Part II: Multi-site test-retest reliability study. *Journal of Personality Disorders*, 9(2), 92-104.
- Fortin, M.F., Taggart, M.E., Kirouac, S., & Normand, S. (1988). Les études expérimentales et quasi-expérimentales. Dans M.F. Fortin, M.E. Taggart, S. Kirouac & S. Normand (Éds.), *Introduction à la recherche* (pp. 243-265). Montréal: Decarie.
- Garant, V., & Alain, M. (1992). *Traduction française de l'échelle S.O.C. (Spheres of Control)*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Garant, V., & Alain, M. (1995). Perception de contrôle, désir de contrôle et santé psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27(3), 251-267.
- Good, G.E., Dell, D.M., & Mintz, L.B. (1989). Male role and gender role conflict: relations to help-seeking in men. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 295-300.
- Goodman, S.H., Sewell, D.R., & Jampol, R.C. (1984). On going to the counselor: Contributions of life stress and social supports to the decision to seek psychological counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 31(3), 306-313.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. London: Tavistock.

- Grondin, D, Guérin, C, Dubois, F, et coll. (1993). *Service de Santé de l'Université Laval: Recherche sur la santé mentale chez les étudiants(es) du premier cycle*. Document inédit, Université Laval à Québec.
- Gross, A.E., & McMullen, P.A. (1983). Models of the help-seeking process. Dans B.M. DePaulo, A.Nadler, & J.D. Fisher (Éds), *New directions in helping; Help-seeking*, (vol.2), (pp.45-70). New York: Academic Press.
- Harlow, R.E., & Cantor, N. (1995). To whom do people turn when things go poorly? Task orientation and functional social contacts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(2), 329-340.
- Havighurst, R.J. (1953). *Human Development and Education*. New York: David McKay Company.
- Havighurst, R.J. (1972). *Developmental Tasks and Education*. New York: McKay.
- Heppner, P.P., Kivlighan, D.M. Jr., Good, G.E., Roehlke, H.J., Hills, H.I., & Ashby, J.S. (1994). Presenting problems of University counseling center clients: A snapshot and multivariate classification scheme. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 315-324.
- Horwitz, A.V. (1987). Help-Seeking Processes and Mental Health Services. Dans D. Mechanic (Éd.), *Improving mental health services: What the social sciences can tell us* (pp. 33-45). San Francisco: Jossey-Bass.
- Houde, R. (1991). *Les temps de la vie: Le développement psychosocial de l'adulte selon la perspective du cycle de vie*, (2e éd). Boucherville: Gaëtan Morin éditeur ltée.
- House, J.S. (1981). *Work, Stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Jackson, J, & Cochran, S.D. (1990). Loneliness and psychological distress. *The Journal of Psychology*, 125(3), 257-262.
- Johnson, M.E. (1988). Influences of gender and sex role orientation on help-seeking attitudes. *The Journal of Psychology*, 122(3), 237-241.

- Johnson, R.W, Ellison, R.A., & Heikkinen, C.A. (1989). Psychological symptoms of counseling center clients. *Journal of Counseling Psychology*, 36(1), 110-114.
- Jung, C.G. (1933). The stages of life. Dans J. Campbell (Éd.), *The portable Jung*. New York: Penguin Books, 1976.
- Kaplan, H.B. (1982). Self-attitudes and deviant response. Dans M. Rosenberg, & H.B. Kaplan (Éds.), *Social psychology of the self-concept*, (pp. 452-465). Illinois: Harlan Davidson, Inc.
- Kaplan, H.B., Cassel, J.C., & Gore, S. (1977). Social support and health. *Medical Care*, 15(5), 47-58.
- Kessler, R.C., Olfson, M., & Berglund, P.A. (1998). Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155(1), 62- 69.
- Kessler, R.C., Reuter, J.A., & Greenley, J.R. (1979). Sex differences in the use of psychiatric outpatient services. *Social Forces*, 58(2), 557-571.
- Labelle, R., & Boyer, R. (1998). *Vécu et demande d'aide formelle de 24 suicidants âgés entre 15 et 29 ans*. Rapport de recherche soumis au Conseil permanent de la jeunesse.
- Labelle, R. (1996). Desire to live and desire to die in the daily lives of university students. *Proceedings of 7th annual convention of the canadian association for suicide prevention*. Toronto, Canada.
- Lachance, J. (1998). *Statistiques pour l'année 1996-1997*. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Leaf, P.J., Bruce, M.L., Tischler, G.L., & Holzer III, G.L. (1987). The relationship between demographic factors and attitudes toward mental health services. *Journal of Community Psychology*, 15, 275-284.
- Lebel, L. (1986). *Relation entre les styles d'attribution et le type de personnalité*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Lepage, L. (1984). *Adaptation et validation d'une mesure de réseau de support social applicable en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Lepore, S.J. (1992). Social conflict, social support and psychological distress: Evidence of cross-domain buffering effects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(5), 857-867.
- Lepore, S.J., Evans, G.W., & Schneider, M.L. (1991). Dynamic rôle of social support in the link between chronic stress and psychological distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 899-909.
- Levinson, D.J., & Darrow, C.N. (1979). *The seasons of a man's life*. New York: Ballantine.
- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Barraco, A., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Interrater reliability and internal consistency of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 279-284.
- McCrae, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McMullen, P.A., & Gross, A.E. (1983). Sex differences, sex roles and health related help-seeking. Dans B.M. DePaulo, A.Nadler, & J.D. Fisher (Éds.), *New directions in helping, Help-seeking*, vol.2, (pp. 233-263). New-York: Academic Press.
- Mead, G.H. (1934). *Mind, self and society*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mechanic, D., & Greenley, J.R. (1976). The prevalence of psychological distress and help-seeking in a college student population. *Social Psychiatry*, 11, 1-14.
- Morris, S.C. & Rosen, S. (1973). Effects of felt adequacy and opportunity to reciprocate on help-seeking. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 265-276.
- Nadler, A. (1983). Personal characteristics and help-seeking. Dans B.M. DePaulo, A.Nadler, & J.D. Fisher (Éds.), *New directions in helping, Help-seeking*, vol.2, (pp.303-340). New York: Academic Press.

- Nadler, A. (1990). Help-seeking behavior as a coping resource: Dans M. Rosenbaum (Éd.), *Learned resourcefulness: on coping skills, self-control, and adaptive behavior* (pp.127-162). New York: Springer Publishing Company.
- Nadler, A., & Mayseless, O. (1983). Recipient self-esteem and reactions to help. Dans J.D. Fisher, A.Nadler, & B.M. DePaulo (Éds), *New directions in helping; Help-seeking*, vol.1, (167-188). New York: Academic Press.
- O'Neil, J.M. (1990). Assessing men's gender role conflict. Dans D. Moore, & F. Leafgren (Éds.), *Problem solving strategies and interventions for men in conflict*. Alexandria, VA: American Association for Counseling and Development.
- O'Neil, M.K., Lancee, W.J., & Freeman, S.J. (1984). Help-seeking behaviour of depressed students. *Social Science and Medicine*, 18(6), 511-514.
- Paulhus, D.L. (1983). Sphere-specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1253-1265.
- Paulhus, D.L., & Van Selst, M. (1990). The spheres of control scale: 10 years of research. *Personality and Individual Differences*, 11, 1029-1036.
- Picard, S. (1997). Psychiatrie à l'Université: Une clientèle à ne pas négliger. *Le clinicien*, août, 49-61.
- Pine, D.S., Cohen, E., Cohen, P., & Brook, J. (1999). Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133-135.
- Pledge, D.S., Lapan, R.T., Heppner, P.P., Kivlighan, D., & Roehlke, H.J. (1998). Stability and severity of presenting problems at a University counseling center: A 6 year analysis. *Professional Psychology: Research and practice*, 29(4), 386-389.
- Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Legaré, G. (1992). *La détresse psychologique: détermination de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*. Montréal: Les publications du Québec.
- Rickwood, D.J., & Braithwaite, V.A. (1994). Social-psychological factors affecting help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 39(4), 563-572.

- Robbins, J.M., & Greenley, J.R. (1983). Thinking about what's wrong: attributions of severity, cause and duration in the problem definition stage of psychiatric help-seeking. *Research in Community Mental Health*, 3, 209-232.
- Robbins, P.R., & Tanck, R.H. (1994). University students preferred choices for social support. *The Journal of Social Psychology*, 135(6), 775-776.
- Robertson, J.M., & Fitzgerald, L.F. (1992). Overcoming the masculine mystique: Preferences for alternative forms of assistance among men who avoid counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 240-246.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. Dans R. Leahy (Éd.), *The development of the self* (pp. 205-246). New York: Academic Press.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80(1).
- Rubio, C.T., & Lubin, B. (1986). College student mental health: a person-environment interactional analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 205-212.
- Russell, D. (1982). The causal dimension scale: A measure of how individuals perceive causes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(6), 1137-1145.
- Santé Québec. (1995). *Enquête sociale et de santé. 1992-1993*. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., & Sarason, B. (1983). Assessing social support: The social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sarason, I.G., & Sarason, B.R. (1985). *Social support: theory, research and applications*. The Netherlands: Martinus Nijhoff Publishing.

- Saunders, S. (1996). Applicants' experience of social support in the process of seeking psychotherapy. *Psychotherapy*, 33(4), 617-627.
- Schonert-Reichl, K.A., & Muller, J.R. (1996). Correlates of Help-seeking in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 25(6), 705-731.
- Schorr, D., & Rodin, J. (1982). The role of perceived control in practitioner-patient relationships. Dans T.A. Wills (Éd.), *Basic processes in helping relationships* (pp. 115-186). New York: Academic Press.
- Seligman, M.E.P. (1975). Depression and learned helplessness. Dans R.J. Fredman & M.M. Katz (dir.), *The psychology of depression: the contemporary theory and research*. New York: Wiley.
- Sher, K.J., Wood, P.K. & Gotham, H.J. (1996). The course of psychological distress in college: a prospective high-risk study. *Journal of College Student Development*, 37(1), 42-51.
- Simoni, J.M., Adelman, H.S., & Nelson, P. (1991). Perceived control, causality, expectations and help-seeking behaviour. *Counselling Psychology Quarterly*, 4(1), 37-44.
- Sherbourne, C.D. (1988). The role of social support and life stress events in use of mental health services. *Social Science and Medicine*, 27(12), 1393-1400.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID II) (interview and user's guide)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): history, rationale and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.

- Stewart, M.J. (1989). Social support: Diverse theoretical perspectives. *Social Science and Medicine*, 28(12), 1275-1282.
- Stoltz, R.F., & Galassi, J.P. (1989). Internal attributions and types of depression in college students: The learned helplessness model revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 316-321.
- Tessler, R.C., & Schwartz, S.H. (1972). Help-seeking, self-esteem and achievement motivation: an attributional analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 21(3), 318-326.
- Thoits, P.A. (1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159.
- Thoits, P.A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 416-423.
- Tijhuis, M.A.R., Peters, L., & Foets, M. (1990). An orientation toward help-seeking for emotional problems. *Social Science and Medicine*, 31, 989-995.
- Tousignant, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- Vallerand, R.J. (1994). Les attributions en psychologie sociale. Dans R.J. Vallerand (Éd.), *Les Fondements de la Psychologie Sociale* (pp.259-326). Boucherville: Gaëtan Morin.
- Vallièrès, E.F., & Vallerand, R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(3), 305-316.
- Veiel, H.O., & Baumann, U. (1992). The many meanings of social support. Dans H.O. Veiel, & U. Baumann (Éds), *The Meaning and Measurement of Social Support*. (pp.1-9). New-York: Hemisphere publishing corporation.
- Verhaak, P.F.M. (1995). Determinants of the help-seeking process: Goldberg and Huxley's first level and first filter. *Psychological Medicine*, 25, 95-104.

- Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and émotion. *Psychological Review*, 92(4), 548-573.
- Wilcox, B.L., & Birkel, R.C. (1983). Social networks and the help-seeking process: A structural perspective. Dans B.M. DePaulo, A. Nadler, & J.D. Fisher (Éds), *New directions in helping: Help-seeking*, vol.3, (pp.235-253). New York: Academic Press.
- Wilcox, B.L., & Vernberg, E.M. (1985). Conceptual and theoretical dilemmas facing social support research. Dans I.G.Sarason, & B.R.Sarason, (Éds.), *Social Support: Theory, Reasearch and applications* (pp. 3-20). The Hague, The Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers.
- Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., Spitzer, R.L., Davies, M., Borus, J., Howes, M.J., Kane, J., Pope, H.G. Jr., Rounsaville, B., & Wittchen, H.U. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.
- Williams, P., Wilkinson, G., & Arreghini, E. (1990). The determinants of help-seeking for psychological disorders in primary health care settings. Dans N. Sartorius, D. Goldberg, G. de Girolamo, J. Costa e Silva, Y. Lecrubler, & U. Wittchen (Éds), *Psychological Disorders in General Medical Settings* (pp. 21-33). New-York: Hogrefe & Huber Publishers.
- Wills, T.A. (1983). Help-seeking as a coping mechanism. Dans C.R. Snyder, & C.E.Ford (Éds.), *Coping with negative life events: clinical and social psychological perspectives* (pp.20-50). New York: Plenum Press.
- Wills, T.A., & DePaulo, B.M. (1991). Interpersonal analysis of the help-seeking process. Dans C.R. Snyder, & D.R. Forsyth (Éds), *Handbook of social ans clinical psychology* (pp. 350-375). New York: Pergamon Press.

Appendices

Appendice A

Questionnaires

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Numéro du sujet: _____

Date de naissance: _____

Age: _____

Sexe: M ☐ F ☐

Statut de l'étudiant: Temps plein ☐ Temps partiel ☐

Concentration: _____

Niveau: Certificat ☐ Baccalauréat ☐ Maîtrise ☐ Doctorat ☐ Année 1 2 3 4 5

Statut marital: Célibat ☐ Union de fait ☐ Mariage ☐ Remariage ☐ Séparation ☐
Divorce ☐ Autre: _____

Travaillez-vous en dehors de vos études? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel est ce travail? _____

Au cours de votre vie, avez-vous déjà consulté un professionnel (psychologue, psychiatre) pour des problèmes personnels? Oui ☐ Non ☐

Quand et pour quels problèmes? _____

Inventaire de détresse psychologique

Consigne

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé. La façon dont vous vous êtes senti(e) durant le dernier mois a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence au cours du dernier mois:

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression ?	1	2	3	4
2. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes ? ..	1	2	3	4
3. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement ?	1	2	3	4
4. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir ?	1	2	3	4
5. Vous êtes-vous senti(e) seul(e) ?	1	2	3	4
6. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les bleus ?	1	2	3	4
7. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses ?	1	2	3	4
8. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer ?	1	2	3	4
9. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose ?	1	2	3	4
10. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres ?	1	2	3	4
11. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e) ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance ?	1	2	3	4
13. Avez-vous eu des blancs de mémoire ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses ?	1	2	3	4

Consultez-vous présentement un professionnel (psychologue, psychiatre) pour des problèmes personnels? Oui [] Non []

Échelle d'attributions causales

1) Motifs de la demande

1.1) La nature du problème:

Qu'est-ce qui t'amène principalement à consulter?

Selon vous, quelle est l'importance de ce problème:

Mineur [] Modéré [] Assez Majeur [] Majeur []

Si plusieurs problèmes, faire une liste et prioriser les trois problèmes centraux.

Exceptionnellement, mettre la mention "incapable de situer ou de définir le problème".

1.2) L'attribution causale du problème (Lebel, 1986)

Peux-tu me dire la principale cause de ton (tes) problème(s)?

Si plusieurs causes, faire une liste et prioriser les deux causes centrales.

Ensuite, poser les questions suivantes: les quatre questions ci-dessous réfèrent à ton impression de la cause que tu viens de mentionner.

1.2.1) Cette cause est quelque chose à:

l'extérieur de toi

1

2

3

4

5

6

7

l'intérieur de toi

8

9

1.2.2) Cette cause est quelque chose de:

temporaire

1

2

3

4

5

6

7

permanent

8

9

1.2.3) Cette cause est quelque chose dont:

personne (ni toi

ni autrui)

n'est responsable

1

2

3

4

5

6

7

quelqu'un (toi ou

autrui) est

responsable

8

9

Échelle des sphères de contrôle

Voici une série d'énoncés. Lisez attentivement chaque énoncé et répondez en indiquant le numéro de l'échelle qui s'applique à vous. Pour chaque énoncé, une réponse de 1 (pas du tout approprié) à 7 (parfaitement approprié) est requise. Utilisez le numéro qui reflète le mieux ce que vous croyez. N'hésitez pas à utiliser tous les numéros de l'échelle (ex. nos. 2,3,4,5, ou 6). L'échelle est définie de la manière suivante: (Traduit par V. Garant & M. Alain, Ph.D., UQTR.)

**Pas du tout
approprié**

**Parfaitement
approprié**

1

2

3

4

5

6

7

- 2.1) ____ : Je peux généralement réaliser ce que je désire lorsque je travaille fort en ce sens.
- 2.2) ____ : En fin de compte, nous, les électeurs, sommes responsables d'un mauvais gouvernement sur le plan national aussi bien que provincial.
- 2.3) ____ : La majorité de ce qui m'arrivera au cours de ma carrière est hors de mon contrôle.
- 2.4) ____ : Mes plus importantes réalisations sont entièrement dues à mon travail acharné et à mes aptitudes.
- 2.5) ____ : Je préfère concentrer mon énergie à autre chose qu'à tenter de résoudre les grands problèmes mondiaux.
- 2.6) ____ : Lorsque je fais des projets je suis presque assuré de les mettre à exécution.
- 2.7) ____ : Les mauvaises conditions économiques sont causées par des événements mondiaux qui sont au delà de notre contrôle.
- 2.8) ____ : Je préfère les jeux de hasard aux jeux d'adresse
- 2.9) ____ : Il m'est facile de jouer un rôle important dans la plupart des situations de groupe.
- 2.10) ____ : Une des causes majeures de la guerre provient du fait que les gens n'accordent pas suffisamment d'intérêt à la politique.
- 2.11) ____ : Je ne me fixe habituellement pas d'objectifs car j'ai de la difficulté à les poursuivre jusqu'au bout.
- 2.12) ____ : Je peux apprendre presque n'importe quoi si je me conditionne en ce sens.
- 2.13) ____ : Dans mes relations personnelles, l'autre personne a habituellement plus de contrôle sur la relation que moi.

**Pas du tout
approprié**

**Parfaitement
approprié**

1

2

3

4

5

6

7

- 2.14) _____ : Je trouve qu'il est inutile de continuer à travailler sur quelque chose qui est trop difficile pour moi.
- 2.15) _____ : Tout est possible pour moi si je le veux vraiment.
- 2.16) _____ : La malchance m'a quelquefois empêché d'atteindre mes objectifs.
- 2.17) _____ : Je suis habituellement apte à diriger une conversation sur des sujets que je veux aborder.
- 2.18) _____ : Dans mes tentatives pour régler un désaccord, il m'arrive quelquefois d'empirer les choses.
- 2.19) _____ : Je n'ai pas de difficultés à me faire des ami(es) et à les garder.
- 2.20) _____ : Lorsque je désire rencontrer quelqu'un, j'y parviens habituellement.
- 2.21) _____ : Il est impossible d'avoir une réelle influence sur ce que font les grandes entreprises.
- 2.22) _____ : Je n'ai pas d'aptitudes à diriger le déroulement d'une conversation avec plusieurs personnes.
- 2.23) _____ : Je suis habituellement apte à développer une relation intime avec quelqu'un que je trouve attirant.
- 2.24) _____ : Il est difficile pour nous d'avoir beaucoup de contrôle sur ce que les politiciens font une fois en poste.
- 2.25) _____ : Lorsque j'ai besoin d'aide, je trouve souvent difficile de l'obtenir des autres.
- 2.26) _____ : En tant que consommateurs, il n'y a rien que nous puissions faire pour empêcher le coût de la vie d'augmenter.
- 2.27) _____ : Il m'est souvent difficile de faire valoir mon opinion face aux autres.
- 2.28) _____ : En prenant une part active sur le plan social et politique, nous, le peuple, pouvons contrôler ce qui se passe dans le monde.
- 2.29) _____ : Le citoyen moyen peut avoir une influence sur les décisions gouvernementales.
- 2.30) _____ : En faisant plus d'efforts nous pouvons effacer la corruption politique.

Échelle d'estime de soi

Consigne: Pour les questions suivantes, indiquez à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants en indiquant le nombre correspondant à la réponse de votre choix sur l'échelle suivante. (Traduit par M. Alain, Ph.D., UQTR)

**Entièrement
d'accord**

**Pas du tout
d'accord**

1

2

3

4

5

6

7

- 3.1) ____ : Je pense que je suis une personne de valeur, au moins autant que les autres.
- 3.2) ____ : Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités.
- 3.3) ____ : À tout prendre, je suis porté(e) à croire que je suis un(e) raté(e).
- 3.4) ____ : Je suis capable de faire des choses aussi bien que n'importe qui.
- 3.5) ____ : J'ai l'impression que je n'ai pas grand-chose pour lequel être content(e) de moi.
- 3.6) ____ : Je m'aime et je m'accepte comme je suis.
- 3.7) ____ : En général, je suis satisfait(e) de moi-même.
- 3.8) ____ : Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même, m'accepter davantage que je ne le fais présentement.
- 3.9) ____ : Parfois, je me sens très inutile.
- 3.10) ____ : Parfois, je pense que je ne suis pas bon(ne) à grand-chose.

L'Arizona Social Support Interview Schedule (ASSIS)

Le but de ce questionnaire est d'avoir une idée sur qui dans votre entourage vous apporte leur aide et/ou leur soutien moral dans diverses situations.

Ces gens peuvent être des membres de la famille, des amis(es), des professionnels(les), etc., voici la liste. Je vais aussi vous demander votre satisfaction et votre besoin à l'aide de cette échelle.

Question additionnelle

Avez-vous parlé de votre(vos) problème(s) à un membre de votre entourage (avant de consulter)?
Qui? Son lien avec vous?

SOURCES DU SUPPORT SOCIAL

Ami(es) : gens dans le réseau qui procurent les différents types d'aide: aide matérielle, interaction intime, guides et conseils, socialisation et encouragement.

Membres de la famille: gens faisant partie de la famille d'origine (père, mère, soeur...) et de la famille (conjoint(e), enfant...)

Professionnel(les): gens dans le réseau travaillant dans une clinique psychiatrique (ex.: psychiatre, psychologue, travailleur social...) ou intervenant communautaire oeuvrant, par exemple, dans les familles d'accueil ou dans les foyers de groupe.

Echelle

Besoin

Aucun

nombreux

besoin

besoins

1

2

3

4

5

Satisfaction

insatisfaisant

satisfaisant

1

2

3

4

5

1. Aide matérielle (prêt(s) ou don(s) d'argent,
meuble(s), cigarette(s))

A. Si vous aviez besoin de quelque chose de matériel comme des vêtements, de l'argent, des meubles, etc.: quelle(s) personne(s) pourrait(ent) vous aider? AMI(ES) FAMILLE PROFESSIONNEL

B. Durant le dernier mois, quelle(s) personne(s) vous a (ont) aidé en prêtant ou donnant quelque chose de matériel comme des vêtements, de l'argent, des meubles, etc.?

D'une façon générale, avez-vous eu besoin d'aide des gens de votre entourage? Encerclez le chiffre indiquant votre réponse pour chacun des 6 types d'aide.

aide matérielle (prêt(s) ou don(s) d'argent, de meubles, etc.)

aucun					nombreux
besoin					besoins
1	2	3	4		5

D'une façon générale, l'aide que vous avez reçue de votre entourage au cours du dernier mois est-elle suffisante ou insuffisante? Encerclez sur l'échelle le chiffre indiquant votre réponse pour chacun des 6 types d'aide.

aide matérielle (prêt(s) ou don(s) d'argent, de meubles, etc.)

insatisfaisant					satisfaisant
1	2	3	4		5

2. Assistance physique (partage des tâches)
Type de support exclu dans l'étude

- A. Si vous aviez besoin AMIS(ES) FAMILLE PROFESSIONNEL
d'aide pour aller
faire l'épicerie ou
pour faire du ménage,
etc., quelle(s)
personne(s)
pourrait(ent)
vous aider?
- B. Durant le dernier mois,
quelle(s) personne(s)
vous a(ont) aidé en
allant faire l'épicerie
ou en faisant du ménage,
etc.?

Besoin

assistance physique (partage des tâches)

aucun besoin				nombreux besoins
1	2	3	4	5

Satisfaction

assistance physique (partage des tâches)

insatisfaisant			satisfaisant
1	2	3	4 5

3. Interactions intimes (possibilité de se confier,
d'être écouté)

A. Si vous aviez besoin de vous confier, de parler de choses intimes et personnelles, à quelle(s) personne(s) iriez-vous en parler? AMIS(ES) FAMILLE PROFESSIONNELS

B. Durant le dernier mois, à quelle(s) personne(s) vous êtes-vous confié ou avez-vous parlé de choses intimes et personnelles vous concernant?

Besoin

interactions intimes (possibilité de se confier, d'être écouté)

aucun besoin				nombreux besoins
1	2	3	4	5

Satisfaction

interactions intimes (possibilité de se confier, d'être écouté)

insatisfaisant				satisfaisant
1	2	3	4	5

4. Guides et conseils (conseils, informations)

- A. Si vous aviez besoin AMIS(ES) FAMILLE PROFESSIONNEL
d'informations ou
de conseils, d'être
guidé et éclairé
dans une situation
quelconque: quelle(s)
personne(s) pourrait(ent)
vous aider?
- B. Durant le dernier mois,
quelle(s) personne(s)
vous a (ont) guidé et
éclairé dans une
situation quelconque
que vous aviez vécue?

Besoin

guides et conseils (informations, conseils)

aucun besoin				nombreux besoins	
1	2	3	4	5	

Satisfaction

guides et conseils (informations, conseils)

insatisfaisant			satisfaisant	
1	2	3	4	5

5. Encouragement (besoin de vous faire dire que ce que vous dites ou faites est bien)

- A. Si vous aviez besoin AMIS(ES) FAMILLE PROFESSIONNEL de sentir ou de vous faire dire que vous avez de bonnes idées, que vous avez bien fait d'agir comme vous l'avez fait: quelle(s) personne(s) pourrait(ent) vous le dire ou vous le faire sentir?
- B. Durant le dernier mois, quelle(s) personne(s) vous a (ont) dit ou fait sentir que vous aviez bien fait d'agir comme vous l'aviez fait, vous a dit ou fait sentir que vous aviez de bonnes idées?

Besoin

rétroaction positive (besoin de vous faire dire que ce que vous faites ou dites est bien)

aucun					nombreux
besoin					besoins
1	2	3	4		5

Satisfaction

rétroaction positive (besoin de vous faire dire que ce que vous faites ou dites est bien)

insatisfaisant					satisfaisant
1	2	3	4		5

6. Socialisation (partage des loisirs et des sorties)

- A. Si vous aviez besoin AMI(ES) FAMILLE PROFESSIONNEL
de sortir, de jaser,
de faire du sport,
de vous changer les
idées, d'avoir de la
visite ou de rendre
visite à quelqu'un:
avec quelle(s)
personne(s)
pourriez-vous partager
ces activités?
- B. Durant le dernier mois,
avec quelle(s)
personne(s) êtes-vous
sorti pour vous
distraindre, avez-vous
jaser, fait du sport,
vous êtes-vous changé
les idées ou quelle(s)
personne(s) avez-vous
reçue(s) à la maison
ou visitée(s)?

Besoin

socialisation (partage des loisirs, des sorties)

aucun					nombreux
besoin					besoins
1	2	3	4		5

Satisfaction

socialisation (partage des loisirs, des sorties)

insatisfaisant					satisfaisant
1	2	3	4		5

7. Interaction négative

- A. Parmi les personnes AMIS(ES) FAMILLE PROFESSIONNEL
que vous connaissez,
quelle(s) personne(s)
vous dérange(nt),
vous agace(nt), vous
met(tent) à l'envers,
fait (font) que vous
vous sentez pire après
l'(les) avoir vue(s)
ou lui(leur) avoir
parlé?
- B. Durant le dernier mois,
quelle(s) personne(s)
vous a (ont) dérangé,
agacé, mis à l'envers
ou a (ont) fait que vous
vous sentiez pire après
lui (leur) avoir parlé?

Appendice B

Formules de consentement à l'appel et à la recherche

Formule de consentement à l'appel

J'accepte qu'un étudiant gradué faisant partie de la recherche intitulée: «Consultation à l'UQTR: portrait clinique de l'étudiant et analyse de la demande d'aide» communique avec moi par téléphone pour m'informer du contenu du projet et de la nature de ma participation. Je déciderai par la suite si je participerai ou non à cette étude.

Nom de l'étudiant(e) : _____

Date de naissance : _____

No. de téléphone : _____

Heures et jours où l'on peut me rejoindre : _____

Date : _____

Signature : _____

Formule de consentement à la recherche (groupe expérimental)

Bonjour

Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à un projet de recherche qui s'inscrit dans le cadre de l'aide psychologique offerte aux étudiants au Service de santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Cette étude, à laquelle votre participation nous est très importante, nous aidera à mieux vous rendre service ainsi qu'à mieux aider et comprendre les gens comme vous qui recherchent de l'aide pour leurs difficultés.

Plus spécifiquement, cette recherche vise à dégager les motifs de votre consultation actuelle, votre profil psychologique et à saisir la relation que vous entretenez avec votre environnement et ce, à l'aide de divers instruments. Ainsi, nous vous poserons des questions relatives à la nature et aux causes de votre problème, à la perception que vous avez de vous-mêmes et au contrôle que vous percevez avoir sur les événements que vous vivez. Enfin, nous allons explorer avec vous votre environnement social actuel et le soutien que vous recevez de ce dernier. Nous sommes convaincus que ces informations vous fourniront des pistes de réflexion personnelle très intéressantes.

Les renseignements seront recueillis au cours d'entrevues où vous pourrez partager vos difficultés en toute quiétude à des étudiants en deuxième année de maîtrise en psychologie ici à l'Université, formés à cet effet. Deux rencontres d'environ une heure trente seront fixées selon vos disponibilités, ce qui laissera suffisamment de temps pour vous permettre de dire tout ce que vous avez à dire sans être pressés. Le tout se déroulera en toute confidentialité et de façon complètement anonyme, car nous vous assignerons un numéro qui remplacera votre nom dans nos dossiers. Qui plus est, les rencontres seront enregistrées sur bande audio et ce, en vue de recueillir les informations sans avoir à constamment prendre des notes, et d'être alors entièrement disponibles à vous écouter. Les cassettes audio, qui seront identifiées par un numéro, seront conservées dans un classeur fermé sous clé dans les bureaux des deux professeurs responsables du projet; soit, Réal Labelle et Suzanne Léveillé, et auquel seuls ces derniers auront accès. Finalement, nous désirons vous informer que vous êtes libres et en droit de vous retirer de l'étude en tout temps, sans aucun jugement ou préjudice, et que celle-ci est complètement indépendante de votre consultation au Service aux étudiants.

Formule de consentement à la recherche (groupe contrôle)

Bonjour

Nous sollicitons aujourd'hui votre participation à un projet de recherche qui s'inscrit dans le cadre de l'aide psychologique offerte aux étudiants au Service de santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Cette étude, à laquelle votre participation nous est très importante, nous aidera à mieux comprendre et rendre service aux étudiants universitaires qui vivent de la détresse psychologique au sein de ce milieu souvent stressant. Elle vise essentiellement à connaître les facteurs qui influencent la décision de rechercher ou non de l'aide psychologique professionnelle pour des troubles émotifs.

En effet, nous vous poserons des questions relatives à certains problèmes que vous pouvez vivre, ainsi qu'aux causes possibles que vous percevez pour ceux-ci. D'autres questions concerneront le contrôle que vous croyez avoir sur les événements que vous vivez et l'évaluation que vous faites de vous-mêmes (estime de soi). Enfin, nous allons explorer avec vous votre environnement social actuel et le soutien que vous recevez de ce dernier.

Les renseignements seront recueillis au cours d'une rencontre individuelle d'environ 30 minutes où vous pourrez partager les informations à l'expérimentateur en toute quiétude. Le tout se déroulera en toute confidentialité et de façon complètement anonyme, car nous vous assignerons un numéro qui remplacera votre nom dans nos dossiers. Toutes les données amassées seront conservées dans un classeur fermé sous clé dans les bureaux des deux professeurs responsables du projet; soit, Réal Labelle et Suzanne Léveillé, et auquel seuls ces derniers auront accès. Finalement, nous désirons vous informer que vous êtes libres et en droit de vous retirer de l'étude en tout temps, sans aucun jugement ou préjudice, et que celle-ci est complètement indépendante de toutes vos activités académiques.

Formule de consentement à la recherche

Je, soussigné(e), ayant été informé(e) de l'objet de la recherche, des informations qui y seront recueillies, de la démarche envisagée et des mesures précises adoptées pour préserver l'intimité et la confidentialité, accepte de participer à ce projet de recherche intitulé: «Consultation à l'UQTR: portrait clinique de l'étudiant et analyse de la demande d'aide». De plus, mes questions relatives à la rencontre et à l'étude furent adéquatement répondues, réponses que j'ai comprises, et j'ai été informé(e) de la possibilité de retirer mon consentement et ma participation à la recherche si je le souhaite.

J'accepte donc de donner mon consentement, que je considère libre et éclairé.

Personne rencontrée

Signature

Intervieweur

Signature

Date

Appendice C

Consentement pour l'utilisation des locaux du C.U.S.P.

Consultation psychologique à l'UQTR
Portrait clinique de l'étudiant et analyse de la demande d'aide

Le 3 septembre 1998

Aux codirectrices du C.U.S.P.

La présente lettre vise à demander la permission pour utiliser les locaux du C.U.S.P. au cours de la session d'automne 1998 et d'hiver 1999 afin de mener l'expérimentation pour une étude. La demande est faite par Réal Labelle et Patrick Vallières.

L'utilisation des locaux ne serait qu'occasionnelle, donc comme une ressource alternative possible advenant le cas où les locaux prévus pour l'expérimentation, au Service aux étudiants, seraient tous occupés. De plus, deux locaux au centre sont habituellement moins utilisés, soient le 0036 et le 0037. Or, l'équipe de recherche s'engage à se limiter autant que faire se peut à ces derniers, en cas de besoin, ce qui par conséquent entraînera un minimum de dérangement du fonctionnement habituel du centre.

Enfin, les étudiants menant l'expérimentation étant stagiaires seniors au Centre Universitaire de Services Psychologiques, il est clair que les locaux seront utilisés en tout respect des règles et modalités actuellement en vigueur.

Veuillez agréer, Mesdames, nos sentiments les plus distingués.

Réal Labelle Ph.D
Professeur au département de psychologie
Patrick Vallières
Étudiant à la maîtrise en psychologie
pv/PV

Appendice D
Feuille de ressources

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

Consultation psychologique à l'UQTR

Portrait clinique de l'étudiant et analyse de la demande d'aide

SERVICES D'AIDE

Si parfois il vous arrivait de vivre des moments difficiles au cours de vos études, n'hésitez pas à consulter cette liste afin de connaître les ressources qui sont disponibles et qui peuvent vous aider.

Service de prévention suicide de Trois-Rivières	379-9238
Service d'aide psychologique pour les étudiants de l'UQTR	376-5015
Tel-écoute	376-4242
CLSC Les Forges	379-7131
CLSC Du Rivage	375-4849
Centre hospitalier Ste-Marie	378-9813
Centre d'aide et de lutte contre les agressions sexuelles	373-1232
Centre d'aide aux victimes d'actes criminels	373-0337